

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO E FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

**DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE DOUTOR EM CIÊNCIAS DO
CONSUMO ALIMENTAR E NUTRIÇÃO**

**POLÍTICAS PARA AS DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM PORTUGAL:
UMA RETROSPETIVA DESDE A CRIAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.
CONTRIBUTOS PARA UMA POLÍTICA NUTRICIONAL EM PORTUGAL**

ALEXANDRA GABRIELA DE ALMEIDA BENTO PINTO

PORTO, 2016

ORIENTADORA

Professora Doutora Maria Daniel Barbedo Vaz Ferreira de Almeida

Professora Catedrática - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto

Aos meus filhos, Miguel e Beatriz

ABREVIATURAS

ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAP	Balança Alimentar Portuguesa
CAN	Conselho de Alimentação e Nutrição
CEN	Centro de Estudos de Nutrição
CNAN	Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição
CS	Centros de Saúde
DALY	Disability Adjusted Life Year
DCNT	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Respiratória Crónica
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EFSA	Autoridade Europeia de Segurança Alimentar
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FCNAUP	Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
HC	Hidratos de Carbono
HTA	Hipertensão Arterial
IA	Inquérito Alimentar
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IOF	Inquérito aos Orçamentos Familiares
LBS	Lei de Bases da Saúde
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
MS	Ministério da Saúde
MSA	Ministério da Saúde e Assistência
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento de Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OND	Observatório Nacional da Diabetes
PAN	Política Alimentar e Nutricional
PCO	Plataforma Contra a Obesidade
PIB	Produto Interno Bruto

PNCO	Programa Nacional de Combate à Obesidade
PND	Programa Nacional para a Diabetes
PNIIDSREV	Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNPCD	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
RNEPS	Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
SA	Sociedade Anónima
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia
VET	Valor Energético Total

Índice de Tabelas	xiii
Índice de Figuras.....	xvii
Agradecimentos	xxi
Resumo	1
Abstract	7
Capítulo 1	11
1.1. Introdução.....	13
1.2. Enquadramento Teórico	15
1.2.1. 40 Anos de Saúde em Portugal	15
1.2.1.1. A Criação e a Evolução do Serviço Nacional de Saúde	15
1.2.1.2. A Saúde dos Portugueses numa Perspetiva Global	25
1.2.1.2.1. Indicadores	26
1.2.1.2.1.1. Demográficos	26
1.2.1.2.1.2. Esperança de Vida.....	28
1.2.1.2.1.4. Mortalidade	30
1.2.1.2.1.4. Mortalidade Materna	31
1.2.1.2.1.5. Mortalidade Infantil	32
1.2.1.2.1.6. Baixo Peso à Nascimento	33
1.2.1.2.2. Determinantes da Saúde	34
1.2.1.2.3. Disponibilidades Alimentares e Nutricionais.....	36
1.2.1.2.4. Doenças Crónicas Não Transmissíveis	39
1.2.1.2.4.1. Doenças Cardiovasculares	43
1.2.1.2.4.2. Cancro.....	44
1.2.1.2.4.3. Doenças Respiratórias Crónicas.....	45
1.2.1.2.4.4. Diabetes Mellitus.....	45
1.2.1.2.4.5. Alimentação e Doenças Crónicas Não Transmissíveis	50
1.2.1.2.4.6. Insegurança Alimentar e Doenças Crónicas Não Transmissíveis	52
1.2.2. Políticas Públicas de Saúde	55
1.3. Objetivos.....	59
1.4. Linha Metodológica	61
1.4.1. Disponibilidade Alimentar e Nutricional	61
1.4.2. Mortalidade	63
1.4.3. Produto Interno Bruto.....	63
1.4.4. Políticas Públicas de Saúde	64
1.4.5. Análise Estatística.....	65
Capítulo 2	67
2.1. Evolução da Disponibilidade Alimentar e Nutricional de 1974 a 2011	69
2.1.1. Disponibilidade Alimentar	69
2.1.2. Contribuição dos Grupos de Alimentos para o Valor Energético Total e para os Macronutrientes	79
2.1.3. Disponibilidade Nutricional e de Etanol	81
2.2. Evolução das Doenças Crónicas Não Transmissíveis e a sua Relação com a Disponibilidade Alimentar de 1974 a 2013	93
2.2.1. Evolução das Doenças Crónicas Não Transmissíveis	93
2.2.2. Relação da Disponibilidade Alimentar com a Mortalidade por Doenças Crónicas Não Transmissíveis	97

2.3. Evolução do PIB de 1974 a 2011 e o seu Impacto na Disponibilidade Alimentar e Nutricional e na Mortalidade por Doenças Crónicas Não Transmissíveis.....	99
Capítulo 3.....	103
3.1. Políticas Públicas de Saúde de 1974 A 2014.....	105
3.1.1. Políticas Públicas de Saúde Internacionais.....	105
3.1.2. Políticas Públicas de Saúde em Portugal	107
3.1.2.1. Saúde, Um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)	107
3.1.2.2. Ganhos de Saúde em Portugal	108
3.1.2.3. Plano Nacional de Saúde 2004-2010	108
3.1.2.4. Plano Nacional de Saúde 2012-2016	111
3.1.2.5. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020	112
3.1.2.6. Medidas Governamentais no Âmbito da Alimentação e da Nutrição	113
3.1.2.7. Recomendações Alimentares.....	126
3.1.2.8. Recursos Humanos da Saúde.....	128
3.1.2.8.1. Médicos e Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde	128
3.1.2.8.2. Nutricionistas no Serviço Nacional de Saúde	130
Capítulo 4.....	135
4.1. Discussão e Reflexão Final	137
Referências Bibliográficas.....	179
Anexos	203
Anexo 1 – Contribuição dos Grupos de Alimentos para o Valor Energético Total, desde 1974 a 2011.	205
Anexo 2 – Menções na Área da Alimentação e Nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa	206

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Criação e evolução do Serviço Nacional de Saúde.	23
Tabela 2 – Principais indicadores de saúde.	25
Tabela 3 – Contribuição da alimentação inadequada para os Disability Adjusted Life Year.	36
Tabela 4 – Balança Alimentar nos anos de 1974 e 2011.	39
Tabela 5 – Número de óbitos e taxa de mortalidade padronizada a idade superior a 65 anos por doenças crónicas não transmissíveis.	41
Tabela 6 – Metas da Organização Mundial da Saúde relativamente às doenças crónicas não transmissíveis.	43
Tabela 7 – Taxa de risco de pobreza, Portugal 2003-2014.	54
Tabela 8 – Evolução da disponibilidade de cereais e tubérculos, hortícolas, fruta, leite, carne pescado e ovos, gordura e leguminosas, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.	78
Tabela 9 – Evolução da disponibilidade das bebidas alcoólicas (1) e do açúcar e adoçantes (2), de acordo com pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.	79
Tabela 10 – Evolução da disponibilidade de proteínas, lípidos, etanol, hidratos de carbono e energia, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.	84
Tabela 11 – Variação da disponibilidade energética dos macronutrientes, excluindo o etanol, entre as décadas 1974-1983, 1984-1993, 1994-2003 e 2004-2011.	84
Tabela 12 – Comparação das recomendações da Organização Mundial da Saúde de 2003 com a disponibilidade energética dos macronutrientes, nas décadas 1974-1983, 1984-1993, 1994-2003 e 2004-2011.	85
Tabela 13 – Média de energia disponível por períodos de tempo dos macronutrientes e do etanol e percentagem de energia que aportam.	89
Tabela 14 – Média de energia disponível por períodos de tempo de alguns alimentos e percentagem de energia que aportam.	91
Tabela 15 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade por doenças crónicas não transmissíveis por 100000 habitantes, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.	96
Tabela 16 – Correlação entre a Taxa de Mortalidade pelas principais DCNT padronizada (100000 hab) e a disponibilidade de alguns alimentos em Portugal de 1974 a 2011.	97
Tabela 17 – Evolução do Produto Interno Bruto em Portugal por períodos de tempo desde 1974 até 2011.	99
Tabela 18 – Correlação entre o Produto Interno Bruto e a disponibilidade alimentar e nutricional em Portugal de 1974 a 2011.	100
Tabela 19 – Correlação entre a percentagem do Produto Interno Bruto gasto pelo Estado em Saúde e em Prevenção e Saúde Pública e a taxa de mortalidade das principais DCNT padronizada.	101
Tabela 20 – Síntese dos principais compromissos de saúde associados à alimentação estabelecidas por organizações internacionais.	105
Tabela 21 – Objetivos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. ...	112
Tabela 22 – Estratégias para atingir os objetivos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.	112
Tabela 23 – Planos e programas governamentais na área da saúde que refletem medidas no âmbito da alimentação e da nutrição.	118
Tabela 24 – Recomendações alimentares e nutricionais para a população adulta em Portugal.	127
Tabela 25 – Profissionais de Saúde no Serviço Nacional de Saúde em 2014.	129
Tabela 26 – Número de nutricionistas nas Administrações Regionais de Saúde em Portugal e rácio de nutricionista por utente.	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução das despesas em saúde no Produto Interno Bruto em Portugal, de 1974 a 2014.....	22
Figura 2 – População residente em Portugal, entre 1974 e 2014.	26
Figura 3 – Evolução da população residente em Portugal de acordo com os grandes grupos etários entre 1974 e 2014.	27
Figura 4 – Pirâmides etárias da população residente em Portugal em 1974 e em 2014.	27
Figura 5 – Índice Sintético de Fecundidade entre 1974 e 2014.	28
Figura 6 – Taxa bruta de natalidade por cada 1000 habitantes, entre 1974 e 2014.	28
Figura 7 – Evolução da Esperança média de vida à nascença, entre 1974 e 2014.....	29
Figura 8 – Evolução da esperança média de vida aos 65 anos, entre 1974 e 2014.	29
Figura 9 – Evolução da Esperança média de vida à nascença, em 1970 e em 2013 dos países da OCDE.....	30
Figura 10 – Evolução da taxa de mortalidade por cada 1000 habitantes, entre 1974 e 2014...	31
Figura 11 – Evolução da taxa de mortalidade materna por cada 100.000 nados-vivos, entre 1974 e 2014.	31
Figura 12 – Evolução da taxa de mortalidade infantil, entre 1974 e 2014.....	32
Figura 13 – Taxa de mortalidade infantil em 2013 nos países da OCDE.	33
Figura 14 – Percentagem de baixo peso à nascença em 2013 nos países da OCDE.	33
Figura 15 – Comparação da evolução do baixo peso à nascença em Portugal e com a média dos países da OCDE de 1990 a 2013 nos países da OCDE.	34
Figura 16 – Determinantes em Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.	35
Figura 17 – Causas de morte em Portugal 2014.	42
Figura 18 – Evolução dos óbitos por doenças cardiovasculares por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.	44
Figura 19 – Evolução dos óbitos por cancro por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.	44
Figura 20 – Evolução dos óbitos por doenças respiratórias crónicas por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.	45
Figura 21 – Comparação da Prevalência da DM em 2013 e o update em 2014. União Europeia (UE28).....	46
Figura 22 – Evolução dos óbitos por diabetes mellitus por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.....	46
Figura 23 – Prevalência da diabetes mellitus em Portugal desde 2008 (período temporal abrange a criação do Serviço Nacional de Saúde).	47
Figura 24 – Evolução da disponibilidade dos grupos de alimentos de 1974 a 2011.	69
Figura 25 – Evolução da disponibilidade das tipologias de cereais e tubérculos de 1974 a 2011.	71
Figura 26 – Evolução da disponibilidade das tipologias das gorduras de 1974 a 2011.	72
Figura 27 – Evolução da disponibilidade das gorduras tendo em conta a sua origem, animal e vegetal, de 1974 a 2011.	72
Figura 28 – Evolução da disponibilidade da carne, pescado e ovos, de 1974 a 2011.	73
Figura 29 – Evolução da disponibilidade das tipologias de carne de 1974 a 2011.	74
Figura 30 – Evolução da disponibilidade das tipologias de peixe de 1974 a 2011.....	74
Figura 31 – Evolução da disponibilidade das tipologias de açúcares e adoçantes de 1974 a 2011.....	75
Figura 32 – Evolução da disponibilidade das tipologias de bebidas alcoólicas de 1974 a 2011.	75
Figura 33 – Evolução da disponibilidade de cereais e tubérculos (1), hortícolas (2), fruta (3), leite (4), carne, pescado e ovos (5), gordura (6) e leguminosas (7), de acordo com pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.....	77
Figura 34 – Evolução da disponibilidade das bebidas alcoólicas (1) e do açúcar e adoçantes (2), de acordo com pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011	79

Figura 35 – Contribuição dos grupos de alimentos para o Valor Energético Total, de 1974 a 2011.....	80
Figura 36 - Contribuição dos grupos de alimentos para as proteínas, de 1974 a 2011	80
Figura 37 – Contribuição dos grupos de alimentos para os lípidos, de 1974 a 2011.	81
Figura 38 – Contribuição dos grupos de alimentos para os hidratos de carbono, de 1974 a 2011.....	81
Figura 39 – Evolução da disponibilidade de energia, macronutrientes e etanol, de 1974 a 2011.	82
Figura 40 – Evolução da disponibilidade de proteínas (1), lípidos (2), hidratos de carbono (3), etanol (4) e energia (5), de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.	83
Figura 41 – Evolução da contribuição do valor energético de proveniência animal e vegetal para o valor energético total de 1974 a 2011.	85
Figura 42 – Evolução da contribuição do valor energético de proveniência animal e vegetal dos diferentes macronutrientes para o valor energético total (1974 a 2011).	87
Figura 43 – Evolução da disponibilidade de valor energético de açúcar e de hidratos de carbono, de 1974 a 2011.....	87
Figura 44 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade por doenças crónicas não transmissíveis.	93
Figura 45 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, < 65 anos e ≥ 65 anos por Doença Cardiovascular por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.	94
Figura 46 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, < 65 anos e ≥ 65 anos por Doenças Respiratórias Crónicas por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.	94
Figura 47 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, < 65 anos e ≥ 65 anos Cancro por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.	95
Figura 48 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, dos < 65 anos e ≥ 65 anos por Diabetes Mellitus por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.....	96
Figura 49 – Figuras de evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade por doenças crónicas não transmissíveis por 100000 habitantes, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.	96
Figura 50 – Evolução do produto interno bruto e do valor energético total dos macronutrientes e do etanol nos períodos 1974-1983, 1984-1993, 1994-2003 e 2004-2011.	100
Figura 51 – Evolução da percentagem do Produto Interno Bruto gasta em saúde e em prevenção e saúde pública.....	101
Figura 52 – Friso Cronológico de acordo com as referencias às área da nutrição e alimentação nos programas dos governos constitucionais, de acordo com a legislação publicada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as ações internacionais e nacionais e a disponibilidade nutricional de 5 em cinco anos desde 1974 até 2015	121
Figura 53 – Evolução do número de médicos e enfermeiros por cada 100.000 habitantes de 1974 a 2012.....	128
Figura 54 – Evolução do número de nutricionistas e de dietistas por cada 100.000 habitantes de 1974 a 2012.....	129

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Daniel Vaz de Almeida, pelo seu pioneirismo na profissão e na temática abordada nesta tese, bem como pela disponibilidade demonstrada ao aceitar orientá-la, com empenho e visão crítica.

Ao Prof. Doutor Milton Severo, pela revisão da estatística e pela ajuda na escolha do caminho da avaliação dos dados.

À Prof. Doutora Carla Lopes, pela sua ajuda preciosa e pelo pensamento sem preconceitos e com apurado sentido crítico em todas as questões metodológicas.

À Prof. Doutora Sara Rodrigues, pela prontidão no esclarecimento de dúvidas mais técnicas.

À Prof. Doutora Fátima Vieira, por todo o seu saber na revisão linguística.

À Prof. Doutora Conceição Calhau, por me ter feito acreditar na validade do tema, bem como pelo interesse com que acompanhou todo este trabalho e por partilhar comigo o seu olhar crítico e sempre pertinente.

À Doutora Carla Gonçalves, pelo ritmo inesperado e entusiástico que emprestou a este trabalho, estimulando-me e auxiliando-me com a sua inteligência, espírito científico, energia e juventude.

À Dra. Tânia Cordeiro, pela sua presença sempre constante na minha vida e na construção de toda esta tese.

Ao Dr. Eduardo Leal, pelos contributos poéticos e pela visão externa estimulante.

À Dra. Clara Matos, pela paciência e cumplicidade que só uma grande amizade permite.

Aos meus restantes amigos, em especial à Dra. Alexandra Lage, à Dra. Beatriz Oliveira e à Dra. Helena Ávila pelo estímulo.

Aos meus pais, por estarem sempre presentes.

Aos meus filhos, pelo carinho e compreensão com que encararam sempre a minha menor disponibilidade para eles em alguns momentos.

RESUMO

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, no seguimento da Revolução de Abril de 1974, mas os seus objetivos já haviam sido consagrados na Constituição de 1976. Definindo o SNS como um serviço “*universal, geral e gratuito*”, a Constituição reconhecia o direito à proteção e defesa da saúde, atribuindo ao Estado a responsabilidade pela concretização desse direito que, em 1982, passou a ser descrito como “*tendencialmente gratuito*”. Ao longo das últimas quatro décadas, verificou-se uma melhoria dos indicadores de saúde, nomeadamente na mortalidade infantil e na esperança média de vida, mas em paralelo ocorreram alterações na sociedade portuguesa, particularmente no que diz respeito a estilos de vida, incluindo os comportamentos alimentares, com reflexo nas doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), que pressionam os serviços de saúde e apontam para novas prioridades. Pode considerar-se que em meados do século passado se iniciou uma nova era da saúde pública caracterizada pela elevada prevalência de DCNT, como as doenças cardiovasculares (DCV), o cancro, a diabetes mellitus (DM) e as doenças respiratórias crónicas (DRC). Neste contexto, os serviços de saúde deparam-se, atualmente, com cenários epidemiológicos caracterizados pelo predomínio de DCNT e pelo envelhecimento da população. Sendo a alimentação um dos determinantes com mais impacto na saúde, o reconhecimento desta realidade mutável deve conduzir a uma definição de políticas orientadas para problemas de saúde específicos e à adoção de estratégias de intervenção que privilegiem uma abordagem integrada e visem melhorar a saúde das populações, a qualidade dos cuidados prestados e a eficiência na utilização de recursos.

A presente dissertação tem como objetivo geral contribuir para a definição de uma Política Alimentar e Nutricional (PAN) através, por um lado, de uma síntese analítica das medidas de alimentação em Portugal integradas nas políticas públicas de saúde, e, por outro lado, do estudo da evolução da disponibilidade alimentar e da mortalidade por DCNT em Portugal nos últimos quarenta anos.

Para a realização deste trabalho utilizaram-se os dados relativos à disponibilidade alimentar e nutricional provenientes das Balanças Alimentares (BA) publicadas pela *Food and Agriculture Organization* (FAO), de 1974 a 2011. No que respeita às taxas de mortalidade padronizada pela idade por DCV, DM, DRC e cancro, utilizaram-se os dados provenientes da base de dados da “*Health for all databases*”, da OMS, de 1974 a 2013; a taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT resultou da base de dados da *Health for all databases*, da OMS, de 1980 a 2012; já a taxa de mortalidade padronizada pela idade <65 anos por DCNT, assim como a taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por DCNT foram retiradas da base de dados do

Instituto Nacional de Estatística. No que respeita aos dados do produto interno bruto (PIB), foram retirados da base de dados do PORDATA e os dados das despesas do Estado em saúde em % do PIB; por fim, as despesas do Estado em prevenção e saúde pública em % do PIB foram retiradas da base de dados Eurostat. No que respeita aos dados das políticas públicas de saúde foram consultados de sites oficiais de organismo internacionais e nacionais.

A análise da evolução da disponibilidade alimentar e nutricional mostrou a existência de diferenças significativas no padrão alimentar e nutricional dos portugueses ao longo do período em análise, com relevante importância para o aumento do contributo dos produtos de origem animal neste período, especialmente da carne e do leite. Permiteu verificar, entre outros aspetos, uma relação direta entre o aumento do PIB e a estrutura alimentar dos portugueses. Observou-se ainda que as taxas de mortalidade padronizada pela idade por DCNT em Portugal evidenciam uma diminuição ao longo destes anos, em particular devido ao decréscimo das DCV. A mortalidade padronizada por cancro neste período apresenta um ligeiro aumento e a mortalidade padronizada por DM tem também vindo a aumentar.

As DCNT tendem a necessitar de tratamento prolongado e aumentam os custos de todo o sistema. O custo suportado pela sociedade através do financiamento do SNS evidencia, face aos resultados obtidos, um dos melhores investimentos realizados pela democracia portuguesa. Contudo, a sustentabilidade futura do SNS deverá passar por uma maior aposta na prevenção, onde a promoção da saúde através da alimentação seja o desiderato com uma verdadeira PAN garantindo o direito humano a uma alimentação adequada.

A garantia do direito humano à alimentação adequada das populações deve ser de facto um objetivo prioritário de todas as políticas na área da alimentação e da nutrição, reconhecendo-se o acesso a uma alimentação saudável como um direito social que deve ser assegurado pelo Estado. Portugal assistiu, ao longo dos últimos 40 anos, a uma transição nutricional que se caracteriza pelo aumento da esperança média de vida, com predominância das DCNT relacionadas com a alimentação, podendo o país estar a passar para uma nova transição nutricional que passe por um padrão de mudança de comportamentos, como observado em outros países desenvolvidos. Essa mudança deverá contudo ser potenciada por estratégias multisectoriais coletivas ou comunitárias, bem como por medidas de prevenção dos serviços públicos de saúde organizados sob a égide de uma PAN nacional que tenha um impacto significativo, abarcando desde o indivíduo à situação epidemiológica da comunidade.

PALAVRAS-CHAVE

Doenças crónicas não transmissíveis, Serviço Nacional de Saúde, nutrição, nutricionistas, educação alimentar, política, disponibilidade alimentar, diabetes melitos, doença cardiovascular, doença respiratória crónica, cancro, balança alimentar, taxa de mortalidade, produto interno bruto.

ABSTRACT

The National Health Service (SNS) was created in 1979, following the April 1974 Revolution, but its goals had already been enshrined in the 1976 Constitution. Defining the SNS as a "universal, general and free service", the Constitution recognized the right to the protection and defense of health, holding the State responsible for the implementation of that right, which in 1982 came to be described as "being tendentiously free". Over the past four decades, there has been an improvement of health indicators, regarding infant mortality and life expectancy. However, there have also been some changes in the Portuguese society, particularly regarding lifestyle, including food behaviours, which caused the rise of chronic noncommunicable diseases (DCNT), putting additional pressure on health services and evincing new priorities. We may say, in fact, that a new era began for public health in the mid-20th century, characterized by an increasing incidence of DCNT, such as cardiovascular diseases (DCV), cancer, diabetes mellitus (DM) and chronic respiratory diseases (DRC). In this context, health services are faced nowadays with epidemiological scenarios characterized by the prevalence of DCNT and an aging population. As diet is one of the determinants with more impact on health, the recognition of this changing reality should lead to a definition of policies meant to solve specific health problems and to the adoption of intervention strategies favouring an integrated approach and aiming to improve the health of populations, the quality of care and the efficient use of resources.

The main objective of this dissertation is to contribute to the definition of a Food and Nutrition Policy (PAN) by offering, on the one hand, an analytical summary of food measures integrated with Portuguese public health policies, and, on the other hand, the study of the evolution of food availability and mortality from DCNT in Portugal over the last forty years.

This study resorted to data on food and nutrition made available by Food Balance Sheet (BA) published by the Food and Agriculture Organization (FAO), 1974-2011. Regarding the age-standardized mortality rates from DCV, DM, DRC and cancer, we resorted to data made available by WHO ("Health for all databases"), from 1974 to 2013; the age-standardized mortality rates from DCNT also resulted from the "Health for all databases", from 1980 to 2012; the <65 years age-standardized mortality rates from DCNT, and the ≥ 65 age-standardized mortality rates from DCNT were taken from the database of the National Institute of Statistics. As regards gross domestic product data (PIB), they were taken from PORDATA database and from data of government expenditure on health as % of PIB; finally, state expenditure data on prevention and public health as % of PIB were taken from the Eurostat database. With regard to data

from public health policies were consulted official sites of international and national institutions.

The analysis of food and nutrition availability showed significant differences in the diet and nutritional patterns of the Portuguese over the period, with special emphasis on the increasing contribution of animal products in this period, especially meat and milk. It showed, among other things, a direct relationship between the increase in the Portuguese PIB and diet patterns. It further evinced that the age-standardized mortality rates from DCNT in Portugal have diminished over the years, particularly due to a decrease in DCV. The standardized cancer mortality in this period shows a slight increase and the standardized DM mortality has also been increasing.

The DCNT tend to require prolonged treatment and increase the costs of the entire system. The cost borne by society through the SNS funding turned out to be, given the results, one of the best investments made by Portuguese democracy. However, the future sustainability of the SNS must entail a greater focus on prevention, having the promotion of health through diet at its heart, with a real action plan for Food and Nutrition, ensuring the human right to an adequate diet

The guarantee of the human right to an adequate diet should indeed be a priority objective of all policies in the area of food and nutrition, access to a healthy diet being recognized as a social right that should be guaranteed by the state. Portugal witnessed, over the last 40 years, a nutritional transition that is characterized by increased life expectancy, with a predominance of DCNT related to diet; the country may, in fact, be experiencing a new nutritional transition that will entail a change of behaviour, as observed in other developed countries. This change should, however, be enhanced by collective or community multi-sectoral strategies, as well as by preventive measures adopted by the public health services organized within the framework of a national PAN with a significant impact, spanning from the individual to the epidemiological situation of the community.

KEY WORDS

Non-communicable diseases, National Health Service, nutrition, nutritionist, food education, policy, food availability, diabetes mellitus, cardiovascular disease, chronic respiratory disease, cancer, food balance, mortality rate, gross domestic product

CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUÇÃO

A Revolução de Abril contribuiu para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde em Portugal. A passagem de 40 anos deve permitir-nos avaliar a evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da saúde dos portugueses.

Neste sentido, a construção da presente dissertação assentou nos seguintes pressupostos:

- A existência de um SNS que deve garantir cuidados de saúde, a todos os portugueses, em todas as suas valências, com o desígnio constitucional de ser “universal, geral e tendencialmente gratuito”;
- As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) como um dos atuais problemas de saúde pública com tendência crescente face à transição demográfica, epidemiológica e nutricional das últimas décadas;
- O reconhecimento da importância da nutrição como um dos determinantes com maior impacto na saúde, nomeadamente no que respeita à prevenção e controlo das DCNT associadas à alimentação, com impacto significativo no sistema de saúde português;
- A alteração da disponibilidade alimentar em Portugal nos últimos anos, e os hábitos alimentares inadequados como os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos [na designação em língua inglesa *Disability-Adjusted Life Years* (DALY)] pela população portuguesa;
- A insegurança alimentar atual, provavelmente agravada pela crise económica atravessada, comprometendo o direito humano à alimentação adequada e potenciador das DCNT;
- A importância e premência de definir e implementar estratégias políticas que visem reduzir as desigualdades no acesso a uma alimentação saudável e à saúde, tendo em vista a garantia do direito humano à alimentação adequada;
- A necessidade de se colocar a nutrição na agenda das políticas públicas;
- A necessidade premente de se incrementar a presença do nutricionista no SNS.

A presente tese propõe-se fazer uma síntese analítica do conhecimento sobre o SNS em Portugal e da saúde dos portugueses, nos últimos 40 anos, e proceder ao estudo da evolução da disponibilidade alimentar e da mortalidade por DCNT. Assim, será organizada por capítulos: o capítulo 1 trata do enquadramento teórico, o capítulo 2 pretende analisar a evolução do padrão alimentar dos portugueses e da mortalidade por DCNT nos últimos 40 (de 1974 a 2014), em paralelo com a criação do SNS; o capítulo 3 pretende realizar uma síntese analítica de medidas de alimentação integradas nas políticas públicas de saúde, desde a criação do SNS; e o capítulo 4 diz respeito à discussão e reflexão final deste trabalho

1.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.2.1. 40 ANOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

1.2.1.1. A criação e a evolução do Serviço Nacional de Saúde

Nos últimos 40 anos assistimos a alterações na saúde dos Portugueses mercê da evolução demográfica, social, económica, educacional, ambiental e cultural, ocorrida em Portugal ⁽¹⁾. Embora o desenho dos serviços de saúde seja uma consequência destes fatores determinantes, é certo que há uma relação bidirecional entre ambos ⁽¹⁾. As alterações organizativas nos serviços de saúde foi reflexo da influência de conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos, numa tentativa de resposta aos problemas de saúde da população ⁽²⁾. Será importante conhecer-se as alterações sofridas pelo sistema de saúde ao longo dos quarenta anos que decorrem desde a Revolução do 25 de Abril de 1974.

Na década de setenta abandonou-se a referência à “caridade e ao primado das instituições particulares para resolverem os problemas de saúde dos portugueses” ⁽³⁾ com a produção de uma importante reforma no sistema de saúde ⁽⁴⁾. Até então a assistência médica competia às famílias, às instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência ⁽²⁾.

Com Gonçalves Ferreira ⁽⁵⁾, médico prestigiado com trabalho relevante em prol da saúde da população portuguesa e com atividade desenvolvida como político de saúde, Secretário de Estado da Saúde e Assistência de 1970 a 1973, constitui-se o primeiro esboço de serviços de saúde do Estado ^(6, 7). Em 1971 foi promulgada a organização do Ministério da Saúde e Assistência (MSA), afirmando-se a garantia do direito à saúde, em que o acesso aos serviços estava limitado aos recursos disponíveis (humanos, técnicos e financeiros). Exaltou-se, ainda, a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença. Cabendo ao Estado assegurar proteção materno-infantil, surgiram os “centros de saúde de primeira geração” ⁽⁸⁾. No mesmo dia, foi definido o regime legal que permitiria a estruturação e o funcionamento das carreiras profissionais para os diversos grupos de funcionários que prestavam serviço no MSA ⁽⁹⁾.

A legislação produzida em 1971 apontava para o reforço da intervenção do Estado nas políticas de saúde e um enfoque no sentido de dar prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença ⁽¹⁾. Esta legislação, conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira” ⁽⁷⁾, visou a organização do MSA e a sua utilização como órgão central de execução de uma moderna política de saúde global, que inseria a saúde individual na saúde coletiva, nas suas diversas fases de intervenção, desde a prevenção primária à reabilitação, passando pela prevenção secundária e pelo tratamento na fase aguda. A legislação de 1971 marcou o início de uma fase de integração de diversas atividades de saúde e com serviços devidamente planeados, organizados e avaliados, com níveis e escalões de execução ordenados, cabendo ao Estado o papel principal de coordenador e gestor do sistema como um todo ⁽⁴⁾. Esta reforma do sistema de saúde foi concebida no espírito daquilo que, sete anos mais tarde, em 1978, viria a ser consagrado na Declaração de Alma-Ata como o conceito de cuidados de saúde primários ⁽¹⁰⁾. Apesar de uma implementação limitada, ao colocar a tónica na universalidade, a reforma forneceu a base para o futuro SNS, pois tinha como objetivo explícito assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados de saúde e de apoio social ⁽¹⁾. Em 1973 surgiu o Ministério da Saúde (MS), autonomizado face à Assistência ⁽¹¹⁾.

A Revolução de Abril de 1974 veio conferir legitimidade política plena às importantes mudanças em curso ⁽⁴⁾, conjugando a política de cuidados primários e de universalização de cobertura e o reconhecimento do direito à saúde com a proclamação da nova ordem democrática ⁽¹⁾. Esta proposta conheceu concretização na Constituição da República Portuguesa de 1976, no seu artigo 64º, através do reconhecimento do direito à proteção e defesa da própria saúde, mediante a criação de um SNS “universal, geral e gratuito”, em que o Estado se assumia como responsável pela concretização desse direito. Mais tarde, na II Revisão de 1982, esta norma foi alterada, com a introdução da expressão “[serviço] tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” [alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º] ⁽¹²⁾.

Em dezembro de 1974 os Hospitais das Misericórdias passam a reger-se pela legislação em vigor para os serviços hospitalares oficiais, mantendo-se nas instalações onde se encontravam ⁽¹³⁾. Desta forma, o Estado passa a dispor de um conjunto equipamentos dispersos a nível nacional que melhor lhe permite administrar a saúde.

Em 1978, António Arnaut, ilustre advogado e político, com uma eclética história de vida ⁽¹⁴⁾, produziu na qualidade de Ministro dos Assuntos Sociais, um despacho que abria o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva ⁽¹⁴⁾. O “Despacho Arnaut”, como ficou conhecido, constituiu pois uma antecipação do SNS, garantindo pela primeira cuidados de saúde universais, gerais e gratuitos e a comparticipação do medicamento.

Em 1979 assistiu-se à criação formal do SNS, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição ⁽¹⁵⁾. No diploma da sua criação definia-se o acesso como gratuito, mas contemplava-se a possibilidade de criação de taxas moderadoras com o objetivo de racionalizar a utilização das prestações de cuidados. O SNS envolvia todos os cuidados integrados de saúde, abrangendo a prevenção da doença, a vigilância e promoção da saúde, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Gozando de autonomia administrativa e financeira, estruturou-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas) ⁽¹⁵⁾.

Segundo António Arnaut

o grande objetivo do SNS foi o de garantir cuidados de saúde, em todas as suas valências, a todos os portugueses, independentemente da sua situação económica, social ou geográfica, dando assim cumprimento ao imperativo constitucional traçado no art.º 64, da Lei Mestra e ao imperativo moral de não permitir que ninguém, dentro dos recursos disponíveis, sofresse ou morresse por falta de assistência médico-hospitalar. A saúde passou a ser um direito de todos e não um privilégio de quem a podia pagar, como acontecia antes ⁽¹⁴⁾.

A partir de 1979 todos os serviços públicos de saúde passaram a ser financiados exclusivamente pelo Orçamento do Estado (OE), ou seja, por impostos ⁽⁴⁾. Em 1982 entendia-se o SNS como a base de todas as atividades do sector, considerando-se que a gestão dos recursos financeiros atribuídos ao sector da saúde exigia coordenação e distribuição adequada, bem como, agilidade nos processos de atuação ⁽¹⁶⁾. No mesmo ano foram criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), que

sucederam às administrações distritais dos serviços de saúde ⁽¹⁷⁾. Seguiram-se-lhes os “centros de saúde de segunda geração” ⁽¹⁸⁾, como unidades integradas de saúde, atendendo aos princípios enformadores da regionalização e às carreiras dos profissionais de saúde.

A importância que o sector da saúde adquiriu, a quantidade de serviços, os equipamentos que integrou e a importância que os cidadãos lhe reconheceram, levou à criação do MS em 1983 ⁽¹⁹⁾. Só em 1986, contudo, é que foram regulamentadas as condições de exercício do direito de acesso ao SNS ⁽²⁰⁾, garantindo-se a universalidade, generalidade e gratuitidade dos cuidados de saúde, e definindo-se que seria o OE e os diversos subsistemas existentes a suportar os encargos com o funcionamento. Salvaguardou-se que os preços a cobrar deveriam aproximar-se, o mais possível, dos custos reais, atendendo a que os estabelecimentos oficiais de saúde não visam a obtenção de qualquer lucro. No sentido de se atenuar a procura de cuidados de saúde e evitar a sua utilização excessiva, foram previstas taxas.

Posteriormente em 1988, as preocupações resultantes do aumento do peso das despesas de saúde no OE conduziram à necessidade de introdução de princípios de natureza empresarial na gestão hospitalar ⁽²¹⁾ e de alterações no domínio dos órgãos e do funcionamento global dos hospitais, assim como na estrutura dos serviços ⁽²²⁾. Foram assim intensificadas as competências dos órgãos de gestão, descontinuadas as direções de tipo colegial, a tutela passou a designar os titulares dos órgãos de gestão, desenhou-se o perfil de gestor para o desempenho da função de chefe executivo, foram introduzidos métodos de gestão empresarial.

As principais alterações normativas dos anos seguintes foram a tradução das estratégias constantes na Lei de Bases da Saúde (LBS) de 1990 ⁽²³⁾ e do Estatuto do SNS, de 1993 ⁽²⁴⁾: regionalização da administração dos serviços, com a aprovação do Regulamento das ARS, com maior autonomia e poderes para coordenar a atividade dos hospitais ⁽²⁵⁾; integração na rede nacional de prestação de cuidados de saúde das entidades privadas e dos profissionais livres que acordassem com o SNS a prestação de todas ou de algumas atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde ⁽²⁶⁾; organização dos serviços de saúde pública, integrando o exercício dos poderes de autoridade de saúde, com a missão de promover a vigilância epidemiológica e a monitorização da saúde da população, incumbindo-lhes, em especial, a promoção da saúde através da definição e acompanhamento da execução de programas específicos de atuação ⁽²⁷⁾.

O fim da década de noventa do séc. XX, assistiu a um conjunto significativo de mudanças estruturais. Destaque-se, em primeiro lugar, a criação dos centros de responsabilidade integrados nos hospitais do SNS, constituindo níveis de gestão intermédia e agrupando serviços homogéneos, com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objetivos. Era para o efeito seguido um orçamento-programa acordado com o conselho de administração; as formas de remuneração ajustadas ao desempenho, visaram introduzir a gestão empresarial destas unidades ⁽²⁸⁾, mediante um maior empenhamento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos colocados à sua disposição. Observou-se ainda a criação de agências de contratualização dos serviços de saúde ⁽²⁹⁾, que deveriam identificar as necessidades em saúde, propor ao conselho de administração da ARS respetiva a distribuição dos recursos financeiros pelas instituições da região e proceder à contratualização dos cuidados de saúde, acompanhando o seu desempenho na prestação dos cuidados e na utilização dos recursos financeiros, incorporando a opinião do cidadão na orientação do sistema. Testemunhou-se também a criação dos Sistemas Locais de Saúde, constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde (recursos públicos, sociais e privados), numa determinada área geográfica de uma região de saúde, com a finalidade de melhorar o acesso, promover a saúde e reduzir as desigualdades ⁽³⁰⁾. Verificou-se por fim a criação, organização e funcionamento dos “centros de saúde de terceira geração”, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira e equipas multidisciplinares, permitindo que as remunerações dos profissionais pudessem tomar em consideração critérios de desempenho baseados em capitação proporcional à dimensão da lista e ponderada por um número selecionado de fatores de desempenho ⁽³¹⁾.

Em 2002, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar foram introduzidas modificações profundas na LBS ⁽³²⁾. Acolheu-se e definiu-se um novo modelo de gestão hospitalar para os hospitais que integravam a rede de prestação de cuidados de saúde, com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos (Hospitais SA). Em 2003, foi criada a rede de cuidados de saúde primários ⁽³³⁾, que visava providenciar os cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos em articulação com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados. No entanto, após dois anos, este diploma foi revogado, tendo sido ripristinado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. Ainda em 2003, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde

(ERS). Traduziu-se, desta forma, a separação da função do Estado como regulador e supervisor das funções de operador e de financiador ⁽³⁴⁾.

Em 2005, surgiram os primeiros Hospitais EPE ⁽³⁵⁾, transformando alguns Hospitais SA (Sociedade Anónima) em entidade pública empresarial e dotando-os de ferramentas para “promoverem a eficácia e eficiência dos recursos do SNS”. Em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes ⁽³⁶⁾. Em 2007, estabeleceu-se o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituíam, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de obter ganhos em saúde, apostando na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados ⁽³⁷⁾.

A criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS, em 2008, constituiu um marco na reforma dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de dar “estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde” ⁽³⁸⁾. Em 2009 foi publicada legislação em matéria de saúde pública, que institui um sistema de vigilância em saúde pública e reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde ^(39, 40). Visava esta legislação a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros.

Com os avanços da informática, várias modificações foram sendo operacionalizadas, nomeadamente: a implementação da prescrição eletrónica de medicamentos ⁽⁴¹⁾; a regulação dos requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde ⁽⁴²⁾; a criação do Portal do Utente, integrado no projeto Plataforma de Dados da Saúde, desenvolvido pela Comissão para Informatização Clínica e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, e que permitia registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços *online*, como confirmação de cirurgias (SIGIC) ou marcação de consultas (eAgenda).

Em 2013, foi aprovado o novo regime jurídico de contratação pelo Estado com os operadores privados para a prestação de cuidados de saúde, entendendo-se este modelo de convenções como mais flexível do ponto de vista dos procedimentos ⁽⁴³⁾.

O entendimento de que as Misericórdias aliam a exigência técnica da prestação de cuidados de saúde à ausência de fins lucrativos, à proximidade com as populações, à sua vocação e tradição multisseculares, o que as tornava importantes parceiros do Estado na área da saúde, levou à aprovação, em 2013, do regime de devolução dos hospitais às Misericórdias geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS ⁽⁴⁴⁾ que haviam sido objeto das medidas da década de setenta ^(13, 45).

A necessidade de fortalecimento das atividades de investigação para a promoção e melhoria do estado de saúde da população levou à criação em 2014, e no âmbito do MS, do Fundo para a Investigação em Saúde ⁽⁴⁶⁾.

Verifica-se pois que nos últimos anos, o SNS apresentou um amplo conjunto de reformas estruturais e de iniciativas com o objetivo de melhorar a eficiência e alcançar uma melhor qualidade de atendimento ⁽⁴⁷⁾. Segundo Correia de Campos, as opções doutrinárias, iniciadas em 1971, no sistema de saúde marcaram as décadas seguintes e o sistema de saúde português caracterizou-se por caminhar, ao longo das últimas décadas, num percurso sem significativas descontinuidades ideológicas ⁽¹⁾.

Em síntese, após a sua criação, o SNS foi sendo progressivamente regulamentado. A lei do SNS de 1979 foi alterada em 1990 pela LBS e, em 1993, pelo Estatuto do SNS, tendo ficado plasmada na lei a separação entre o sistema e o serviço de saúde, sendo este, em conjunto com o sector privado e o social, parte do sistema de saúde. Em 2002 foram definidos os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde que levaram à construção e gestão por entidades privadas de novos hospitais. Ainda nesse ano, procedeu-se à alteração da Lei de Bases da Saúde no sentido de permitir a celebração de contratos individuais de trabalho com profissionais do SNS, bem como a criação de unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (Hospitais SA), tendo-se, em 2005, verificado o início da sua conversão em entidades públicas empresariais (Hospitais EPE), a que se aplicam os princípios da gestão privada na saúde, transformação também conhecida por empresarialização ⁽¹⁾.

Na atualidade o MS é o departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentável dos recursos e a avaliação dos seus resultados ⁽⁴⁸⁾, assumindo a liderança global do SNS. As cinco ARS são responsáveis pela execução dos objetivos nacionais de saúde e têm a responsabilidade financeira dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Em resposta à pressão financeira recente, Portugal implementou um conjunto abrangente de reformas estruturais e introduziu uma ampla

gama de iniciativas de qualidade que visam garantir a sustentabilidade fiscal, melhoria da eficiência e uma melhor qualidade em todo o sistema de saúde ⁽⁴⁷⁾.

Portugal aproximou-se das médias comunitárias em importantes indicadores de saúde, resultantes do processo de desenvolvimento económico e social do País, mas também da efetividade do SNS ^(1, 47). O SNS permitiu resultados positivos na cobertura de cuidados de saúde às populações, na modernização e na qualidade dos meios, revelado pelos utentes através do elevado grau de satisfação ⁽⁴⁹⁾. Foi menos positivo na gratuidade anunciada pela Constituição de 1976 e convertida em tendencialmente gratuita pela II Revisão da Constituição em 1982, bem como nos custos crescentes, representando 0,3% do Produto Interno Bruto (PIB), em 1974 e 5,0% em 2013 (figura 1), e na eficiência, traduzida em longas listas de espera para algumas especialidades ⁽⁴⁾.

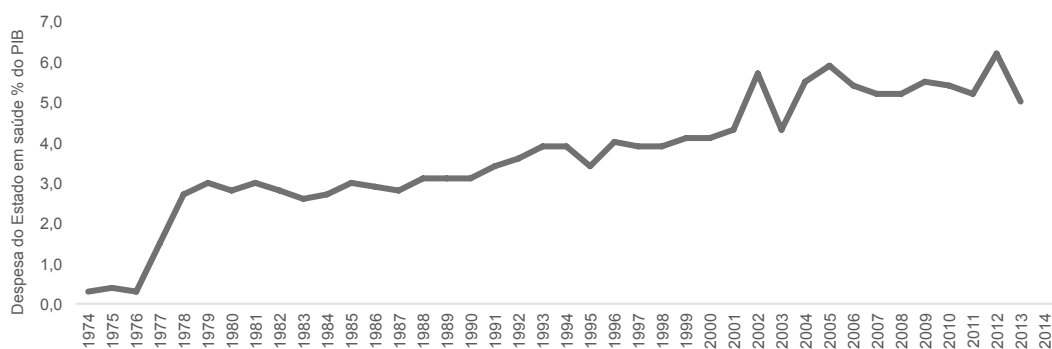


Figura 1 - Evolução das despesas em saúde no Produto Interno Bruto em Portugal, de 1974 a 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

Contudo, se em geral se considera o registo do bom desempenho do SNS, haverá que reconhecer que tardou a adaptar-se a mudanças na variável envolvente, nomeadamente à demográfica e suas implicações epidemiológicas, como referido por Correia de Campos ⁽⁴⁾. O sistema de saúde passou a ter de dar resposta a novos problemas.

Em Portugal, as DCNT caracterizaram-se pela sua forma epidémica, nomeadamente no caso da obesidade e da diabetes mellitus (DM), e estão a aumentar mais depressa em Portugal do que noutros países ^(47, 51-57). De facto, ao fenómeno da transição demográfica, traduzido pelo duplo envelhecimento da população portuguesa, ou seja, menor proporção de jovens e, ano após ano, aumento da população idosa, associou-se a transição epidemiológica que colocou as DCNT nos lugares cimeiros, tanto no que se refere ao perfil de morbilidade, como de mortalidade, o que exige respostas adequadas ⁽⁵⁸⁾.

O SNS não pode deixar de continuar a ser repensado e a sua estratégia reajustada, tendo em conta o universo que serve, as suas características demográficas e de saúde e suas consequências, bem como as disponibilidades do País ⁽²⁾.

As fases e marcos principais da evolução do SNS, desde a sua criação até 2014, estão resumidos na tabela 1.

Tabela 1 – Criação e evolução do Serviço Nacional de Saúde.

(Fonte: Adaptado de “Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar”) ⁽⁵⁹⁾

<i>Período</i>	<i>Ênfase principal</i>	<i>Marcos e questões principais</i>
1974-1981	Organização dos cuidados de saúde	Revolução de Abril de 1974
		Hospitais das Misericórdias passam a reger-se pela legislação em vigor para os serviços hospitalares oficiais Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro
		“Despacho Arnaut” Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978
		Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Lei n.º 56/79, de 15 de setembro
1981-1985	Identidade cultural do SNS	Autonomia Administrativa e Financeira do SNS Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro
		Criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho
		Criação dos Centos de Saúde “2ª geração” Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril
		Criação do Ministério da Saúde Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho
1985-1995	Mecanismos de mercado e sistema de saúde	Criação das condições de exercício do direito de acesso ao SNS Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março
		Criação da lei da Gestão Hospitalar Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro
		Reforço das competências dos órgãos de gestão hospitalares Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro
		Criação da Lei de Bases de Saúde Lei n.º 48/90, de 24 de agosto
		Criação do Estatuto do SNS Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro
		Aprovação do Regulamento das ARS Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro

(Continua na página seguinte)

Tabela 1 (continuação) – Criação e evolução do Serviço Nacional de Saúde.

(Fonte: Adaptado de “Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar”) ⁽⁵⁹⁾

Período	Ênfase principal	Marcos e questões principais	
1995-2000	Regresso aos princípios da fundação do SNS	Aprovação do regime de celebração de convenções com entidades privadas e profissionais liberais	Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril
		Organização dos serviços de saúde pública	Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho
		Criação dos Centros de Responsabilidade Integrados nos Hospitais	Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro
		Criação das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde	Despacho Normativo n.º 61/99, de 11 de setembro
		Estabelecimento do regime dos Sistemas Locais de Saúde	Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio
		Criação dos centros de saúde “3ª geração”	Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio
2000-2005	Regresso à tendência de privatização	Aprovação do novo regime de Gestão Hospitalar - modelo EPE	Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro
		Criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários	Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril
		Criação da Entidade Reguladora da Saúde	Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro
		Transformação dos Hospitais SA em Hospitais EPE	Decreto-Lei n.º 95/2005, de 7 de junho
2005-2015	Regresso aos princípios fundadores	Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho
		Criação das primeiras Unidades de Saúde Familiar	Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto
		Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde	Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro
		Modernização dos serviços prestados às populações em matéria de vigilância em saúde pública	Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril
		Implementação da prescrição eletrónica de medicamentos	Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio
	Modificação organizativa de “baixo para cima” nos Cuidados de Saúde Primários	Regulamentação dos requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS – Portal do Utente e Plataforma de Dados de Saúde	Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro
		Aprovação do novo regime jurídico das convenções	Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro
		Definição das formas de articulação do MS e os estabelecimentos e serviços do SNS com as instituições particulares de solidariedade social, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais	Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro
		Criação do Fundo para a Investigação em Saúde	Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho

1.2.1.2. A saúde dos portugueses numa perspetiva global

No decurso das últimas décadas verificou-se uma melhoria acentuada dos indicadores de saúde em Portugal mercê da promoção de condições de vida saudável, da municipalização e do melhor acesso e qualidade dos cuidados de saúde decorrente de um serviço de saúde suportado fundamentalmente pelo SNS ⁽⁶⁰⁾.

A tabela 2 resume alguns indicadores demográficos e de saúde nos anos 1974, 1984, 1994, 2004 e 2013 que serão analisados neste trabalho.

Tabela 2 – Principais indicadores de saúde.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015 ⁽⁶⁰⁾ e a partir da OCDE, 2015 ⁽⁶¹⁾)

	1974	1984	1994	2004	2013
População residente em Portugal	8.754.365,0	9.996.232,5	9.991.525,5	10.483.861,5	10.457.295,5
Índice sintético de fecundidade	2,7	1,9	1,5	1,4	1,2
Taxa bruta de natalidade (‰)	19,6	14,3	10,9	10,4	7,9
Taxa de mortalidade materna (‰)	sd	sd	9,2	8,2	6,0
Baixo peso à nascença (%)	sd	sd	6,1	7,6	8,7
Taxa bruta de mortalidade Infantil (‰)	37,9	16,7	7,9	3,8	2,9
Esperança média de vida, à nascença (anos)	68,2	72,6	75,0	77,7	80,2
Esperança média de vida aos 65 anos (anos)	13,0	15,1	16,3	17,6	19,1
Número total de óbitos dos residentes em Portugal	96.928,0	96.975,0	99.232,0	102.012,0	106.545,0
Taxa bruta de mortalidade (‰)	11,1	9,7	9,9	9,7	10,2

Legenda: sd – sem dados

Assim, pretendemos, de seguida, evidenciar ganhos em saúde alcançados desde 1974.

1.2.1.2.1. Indicadores

1.2.1.2.1.1. Demográficos

As tendências demográficas recentes são caracterizadas pela redução da mortalidade infantil, pela queda acentuada da natalidade, pelo aumento continuado da esperança de vida, e pelo consequente envelhecimento da população ^(49, 50).

Portugal tem atualmente uma população residente de mais de 10 milhões de habitantes (10.401.062 em 2014), cerca de mais 2 milhões do que há quarenta anos de (8.754.365 em 1974) (figura 2). Importa ressaltar que os dados dos anos de 1981, 1991, 2001 e 2011, resultam dos CENSOS realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e que os dados dos restantes anos resultam de estimativas desta entidade.

As projeções do INE referentes à população residente entre 2012-2060 sugerem que Portugal perderá população até 2060, passando dos cerca de 10,5 para 8,6 milhões de residentes ⁽⁶²⁾.

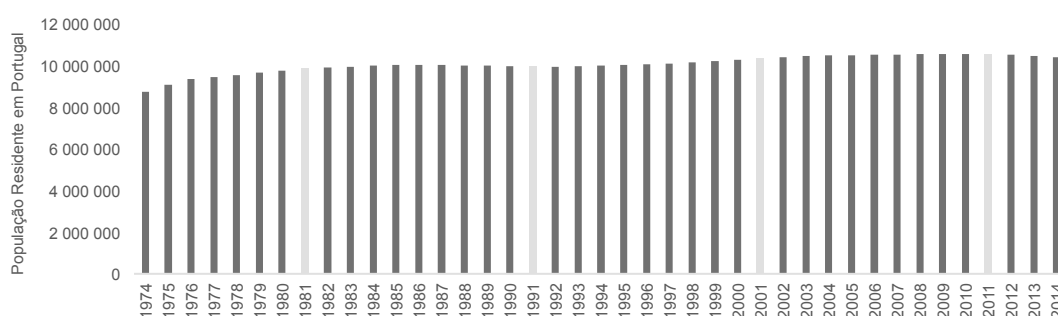


Figura 2 – População residente em Portugal, entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

Nos últimos 40 anos verificou-se um envelhecimento da população, tendo a população com mais de 65 anos duplicado (de 10% para 20%) e o grupo dos 0 aos 14 anos diminuído para metade (de 28% para 14%); por outro lado, a população com idades entre os 15 e os 64 anos manteve-se relativamente estável (de 62% para 65%) (figura 3).

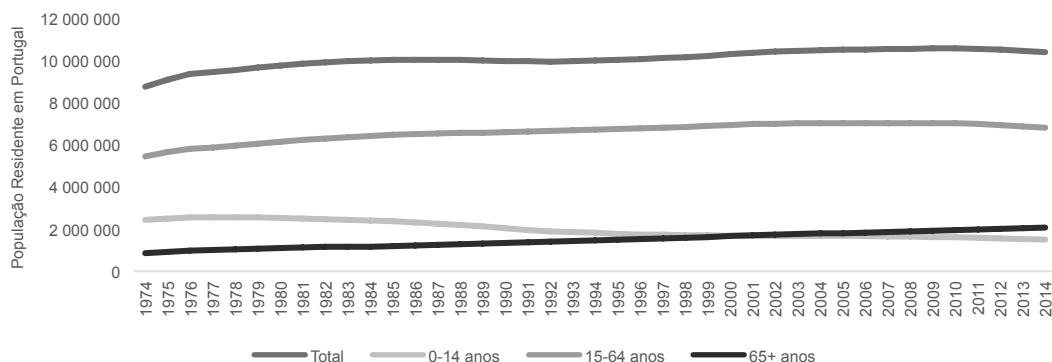


Figura 3 – Evolução da população residente em Portugal de acordo com os grandes grupos etários entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

Comparando-se as pirâmides etárias de 1974 e de 2014 verifica-se que o envelhecimento da população portuguesa se dá tanto no topo como na base da pirâmide (figura 4).

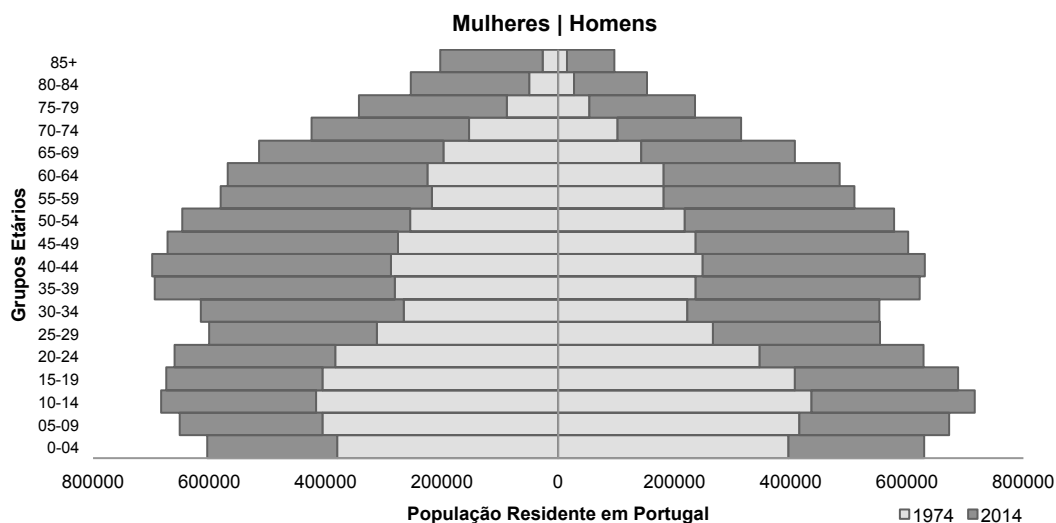


Figura 4 – Pirâmides etárias da população residente em Portugal em 1974 e em 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

A diminuição da população infantil e juvenil deve-se à evolução do índice sintético de fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, dos 15 aos 49 anos de idade) que tem vindo a decrescer, como se observa na figura 5, de 2,69 em 1974 para 1,23 em 2014, abaixo do índice de renovação geracional (2,1) ⁽⁶³⁾.

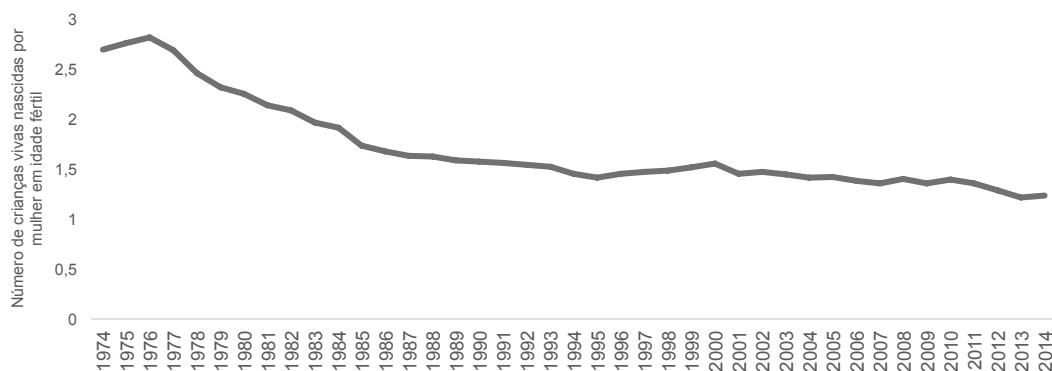


Figura 5 – Índice Sintético de Fecundidade entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

Este período é naturalmente também marcado pela acentuada descida da taxa de natalidade, de 19,6 para 7,9 nados vivos por 1000 habitantes (figura 6).

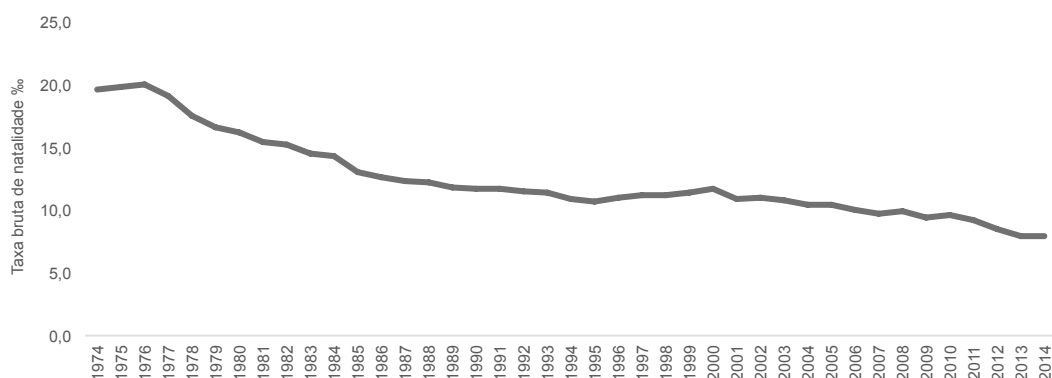


Figura 6 – Taxa bruta de natalidade por cada 1000 habitantes, entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

A transição demográfica que agora se verifica associa a baixa natalidade à proporção crescente de cidadãos residentes com 65 e mais anos, decorrente da baixa da mortalidade infantil, normalmente neonatal, e consequente aumento da esperança média de vida.

1.2.1.2.1.2. Esperança de Vida

Em 40 anos, a esperança média de vida da população portuguesa, a partir do momento do nascimento, aumentou em cerca de 12 anos, passando de 68,1 anos em 1974 para 80,2 em 2013, não estando disponíveis dados referentes a 2014 (figura 7).

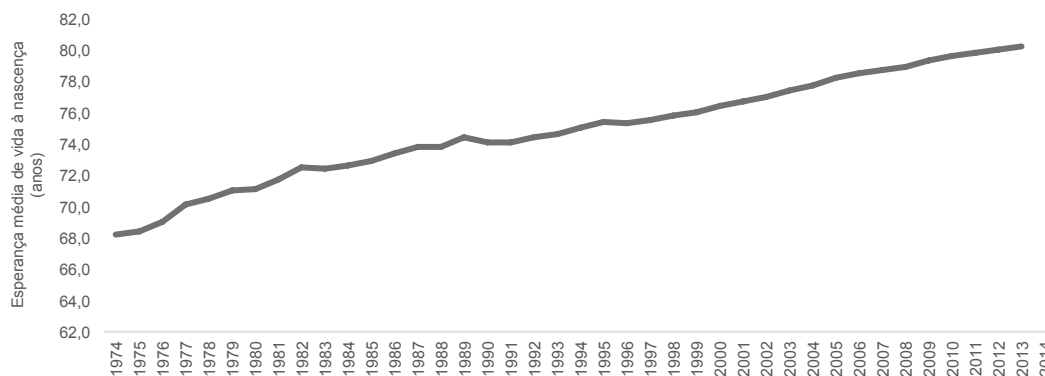


Figura 7 – Evolução da Esperança média de vida à nascença, entre 1974 e 2014

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

No que respeita à esperança de vida aos 65 anos, esta aumentou em 6,1 anos entre 1974 e 2014 (figura 8), ressaltando-se que, no caso dos homens, foi de 11,6 para 17,2 anos, respetivamente, o que significa um aumento de 5,6 anos; no caso das mulheres, foi de 14,1 para 20,6 anos, respetivamente, o que indica um aumento de 6,5 anos. Não estão disponíveis dados referentes a 2014.

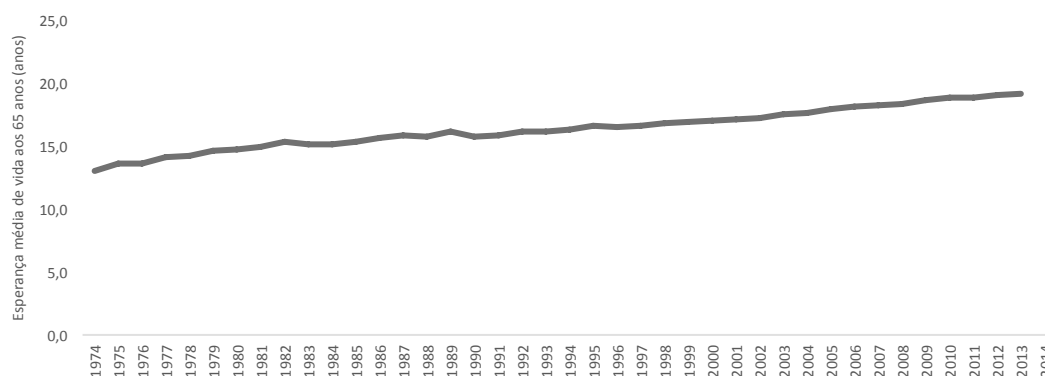


Figura 8 – Evolução da esperança média de vida aos 65 anos, entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015) ⁽⁵⁰⁾

Também nos países da OCDE a esperança de vida à nascença continua a aumentar de forma constante, em média, 3 a 4 meses por cada ano, sem sinal de abrandamento. Estes ganhos de longevidade podem ser atribuídos a uma série de fatores, incluindo a melhoria das condições de vida, a melhor educação e o progresso nos cuidados de saúde ⁽⁵⁶⁾.

Em 2013, a esperança de vida, em média, nos países da OCDE chegou a 80,5 anos, um aumento de mais de 10 anos desde 1970 (figura 9).

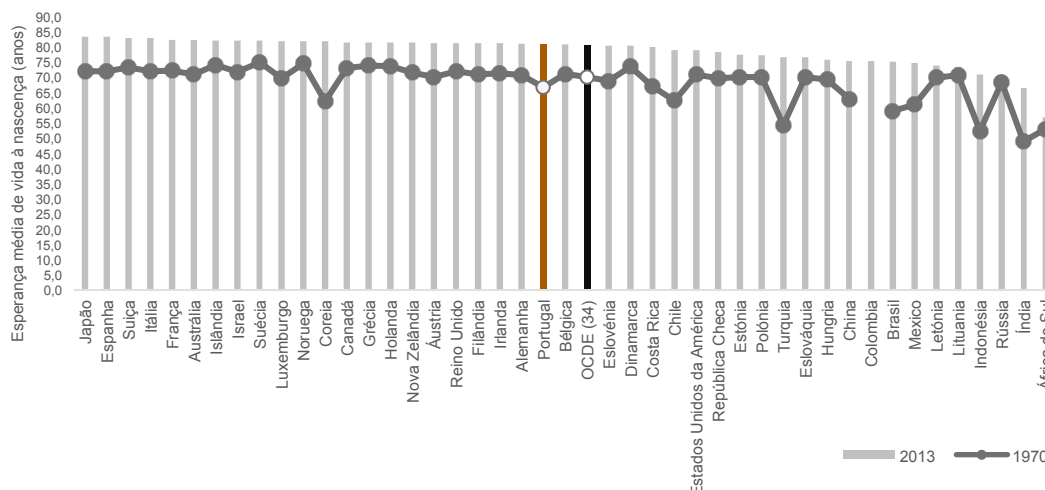


Figura 9 – Evolução da Esperança média de vida à nascença, em 1970 e em 2013 dos países da OCDE.

(Fonte: elaborado a partir da OCDE, 2015) ⁽⁶¹⁾

1.2.1.2.1.4. Mortalidade

O processo mais simples e comum de se medir e avaliar a mortalidade geral consiste no cálculo das taxas brutas de mortalidade ⁽⁶⁴⁾.

Os dados de mortalidade indicam o número de mortes por lugar, tempo e causa. A causa básica de morte é definida como "a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal", de acordo com as regras da Classificação Internacional de Doenças ⁽⁶⁵⁾.

A mortalidade é um dos mais importantes indicadores de saúde, apesar de todas as limitações que lhe estão associadas ⁽⁶⁶⁾. Primeiro, porque avalia a morte e não a saúde, tratando-se, portanto, de um indicador indireto; segundo, porque não tem em conta a morbilidade dos indivíduos ⁽⁶⁶⁾. Todavia, mantém a sua importância na descrição da saúde das populações porque se reporta a um facto inequívoco e universal, que resulta do preenchimento de um certificado validado por um médico, não obstante as insuficiências antes referidas ⁽⁶⁶⁻⁶⁹⁾.

Em 1974 o valor total da taxa de mortalidade em Portugal era de 11,1‰, tendo baixado para 10,1 ‰ em 2014. Pode então afirmar-se ter havido, num período de 40 anos, um declínio de 1 ‰ na taxa de mortalidade (figura 10). De destacar que no ano

de 1982 a taxa de mortalidade apresentou o mais baixo valor neste período (9,3 ‰ habitante).

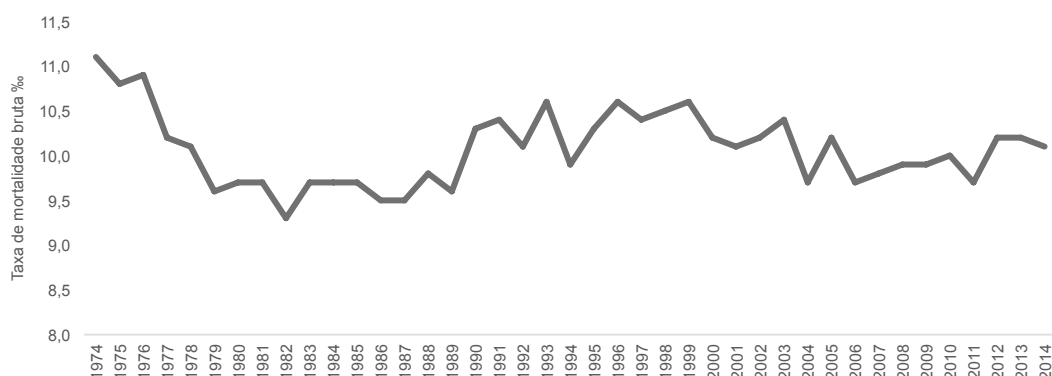


Figura 10 – Evolução da taxa de mortalidade por cada 1000 habitantes, entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015)⁽⁵⁰⁾

1.2.1.2.1.4. Mortalidade Materna

Nos últimos 40 anos também se verificaram reduções muito acentuadas na taxa de mortalidade materna. Em 1974 as mulheres morriam por complicações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério (42,9 mulheres por cada 100.000 nados-vivos). Atualmente, o número de óbitos maternos é reduzido (6 óbitos por cada 100.000 nados-vivos) (figura 11).

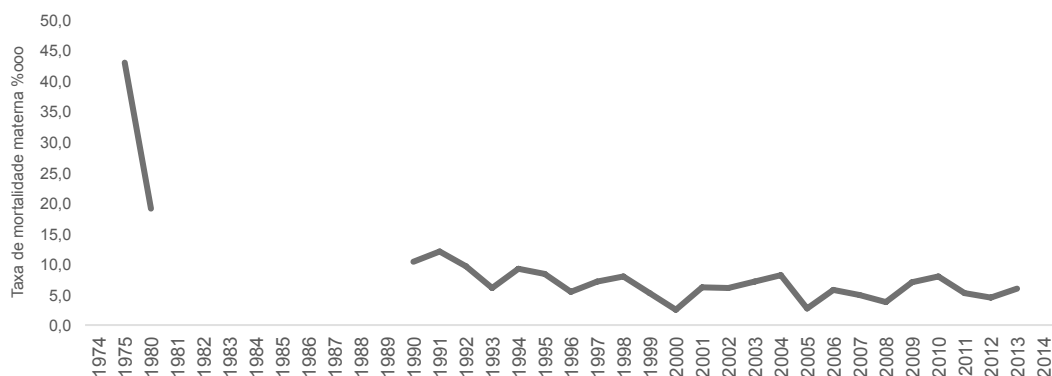


Figura 11 – Evolução da taxa de mortalidade materna por cada 100.000 nados-vivos, entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015)⁽⁵⁰⁾

1.2.1.2.1.5. Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil (número de óbitos de crianças com menos de um ano de vida por 1000 nados-vivos) reflete o efeito das condições económicas e sociais sobre a saúde das grávidas e dos recém-nascidos, o ambiente social, os estilos de vida individuais, e ainda as características e eficácia dos sistemas de saúde ⁽⁴⁷⁾.

Observou-se em Portugal uma acentuada redução da mortalidade infantil nos últimos 40 anos, que passou de 37,9 ‰ em 1974 para 2,8 ‰ em 2014 (figura 12). Verificaram-se, simultaneamente, decréscimos acentuados nas taxas de mortalidade perinatal e neonatal de 31,8 ‰ e 22,1‰ em 1975, para, respetivamente, 3,7‰ e 2,1‰ em 2014 ⁽⁵⁰⁾.

Saliente-se que a diferença de 35,1‰ nesta taxa de mortalidade é reveladora das melhorias verificadas nas condições de vida e nos serviços de saúde da população portuguesa, mercê de uma estratégia política na área materno-infantil, de que se destaca a ação de Albino Aroso. Este prestigiado médico foi, na verdade, o responsável pelo estabelecimento das bases que permitiram que se atingisse esta notável posição.

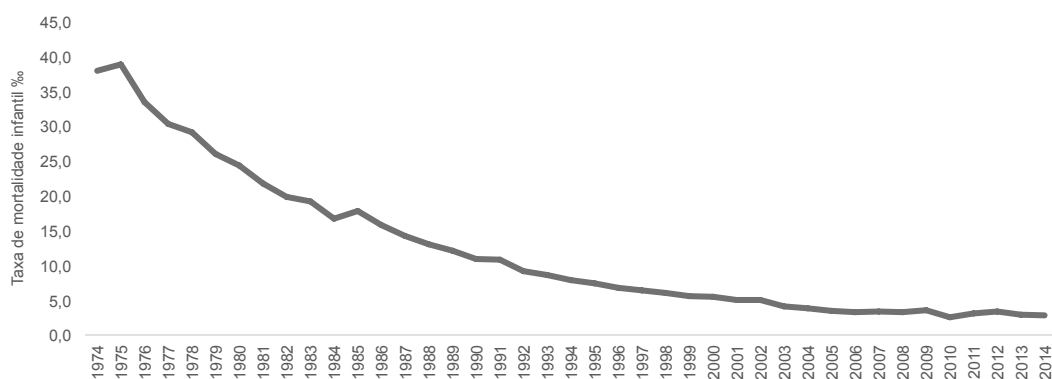


Figura 12 – Evolução da taxa de mortalidade infantil, entre 1974 e 2014.

(Fonte: elaborado a partir de PORDATA, 2015⁽⁵⁰⁾)

Na maioria dos países da OCDE, a mortalidade infantil é igualmente baixa, pouco diferindo de país para país (figura 13). Em 2013, a média nos países da OCDE foi inferior a quatro mortes por cada 1 000 nados-vivos,

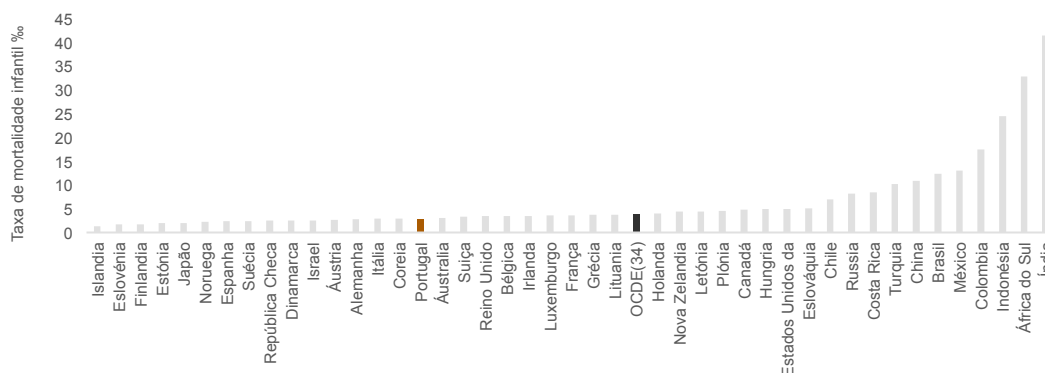


Figura 13 – Taxa de mortalidade infantil em 2013 nos países da OCDE.

(Fonte: elaborado a partir da OCDE, 2015⁽⁶¹⁾)

1.2.1.2.1.6. Baixo peso à nascença

O baixo peso à nascença, definido como o número de recém-nascidos com peso inferior a 2 500 gramas, é um indicador importante da saúde infantil, devido à estreita relação com a morbilidade e mortalidade infantis. Os recém-nascidos de baixo peso têm maior risco de doença ou de morte, requerem longos períodos de internamento após o nascimento e são mais propensos a desenvolver deficiências significativas. Os fatores de risco para baixo peso à nascença incluem tabagismo materno, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada, índice de massa corporal baixo, baixo estrato socioeconómico, tratamentos de fertilização *in-vitro* e nascimentos múltiplos ⁽⁴⁷⁾.

Portugal é dos Países da OCDE com maior percentagem (8,7%) de crianças com baixo peso à nascença (figura 14), cuja média se situa nos 6,6%.

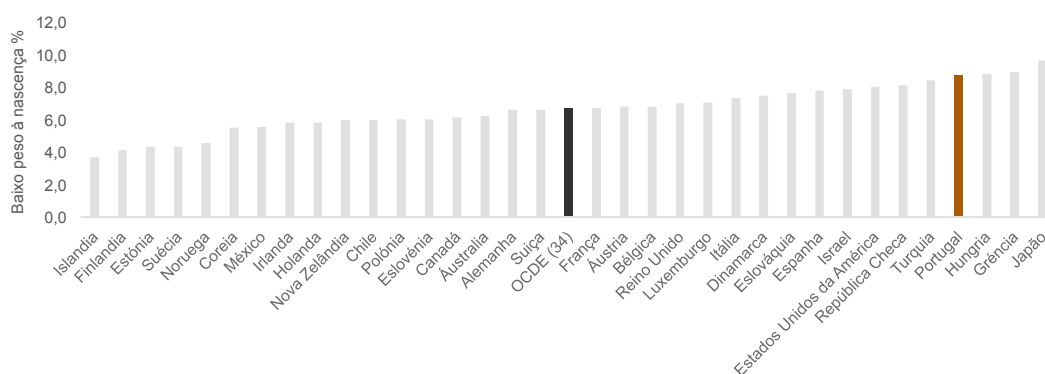


Figura 14 – Percentagem de baixo peso à nascença em 2013 nos países da OCDE.

(Fonte: elaborado a partir da OCDE, 2015) ⁽⁶¹⁾

É de salientar que esta percentagem tem vindo a aumentar em Portugal desde a década de 90, não havendo dados disponíveis deste 1974, tal como a média dos países da OCDE, pese embora o facto de em Portugal se verificar um aumento com maior expressão (figura 15).

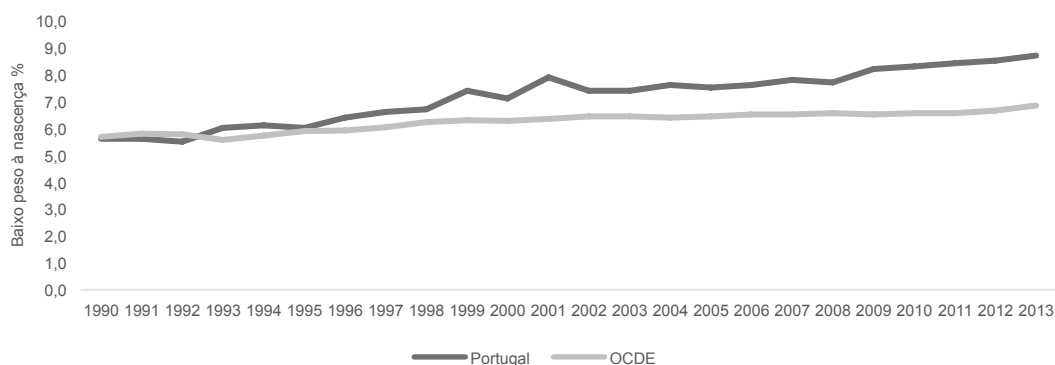


Figura 15 – Comparação da evolução do baixo peso à nascença em Portugal e com a média dos países da OCDE de 1990 a 2013 nos países da OCDE.

(Fonte: elaborado a partir da OCDE, 2015⁽⁶¹⁾)

Poderão ser várias as razões para este aumento; entre elas destaque-se o crescente número de gravidezes múltiplas - principalmente em resultado do aumento no tratamento da fertilidade - o aumento da idade materna ⁽⁷⁰⁾, a crise económica, com o seu evidente impacto nas taxas de desemprego e diminuição do rendimento das famílias ⁽⁷¹⁾, e ainda os fatores ambientais ^(72, 73).

1.2.1.2.2. Determinantes da Saúde

A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, mas também como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social ⁽⁷⁴⁾.

O “estado de saúde” é, na verdade, um conceito complexo e abrangente, que vai para além da mera existência ou ausência de doença, inclui indicadores de qualidade de vida e tem em conta fatores como esperança de vida, morbilidade, mortalidade prematura e incapacidades ⁽⁷⁵⁾.

Em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de estudar a problemática dos determinantes sociais da saúde (DSS) e as iniquidades que lhes estão associadas. Um relatório com as conclusões do trabalho desta comissão, “*Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the*

Social Determinants of Health”, contém várias recomendações com o objetivo de proporcionar uma melhor saúde para todos ^(76, 77). Vários modelos têm vindo a ser desenvolvidos para descrever DSS ⁽⁷⁸⁾, destacando-se o de Dahlgren e Whitehead ⁽⁷⁹⁾, que dispõe os determinantes em diferentes camadas, desde os diretamente relacionados com as características individuais até aos situados nas camadas mais distais: fatores biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (habitação, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente de trabalho); estilo de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, comportamento sexual); acesso a serviços (saúde, educação, serviços sociais, transportes, lazer) (figura 16).

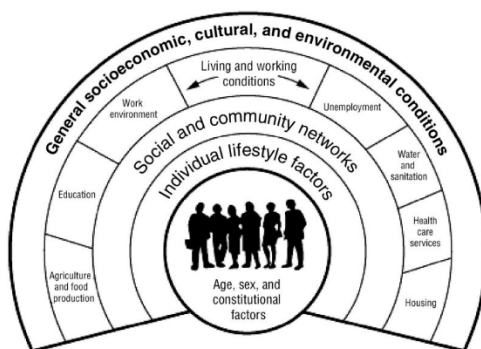


Figura 16 – Determinantes em Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.
(Fonte Dahlgren and Whitehead. ⁽⁷⁹⁾)

De entre os DSS, os estilos de vida saudáveis, com destaque para a alimentação, ocupam um lugar de relevo pela relação na obtenção de mais ganhos em saúde ⁽⁸⁰⁾.

A alimentação assume-se assim como um determinante com grande impacto na saúde, sendo extensamente estudada a sua relação com a proteção da saúde ou o risco de determinadas doenças ⁽⁸⁰⁾.

Apesar da multiplicidade de sistemas de informação e dos dados colhidos para diagnosticar a saúde dos portugueses, tal como documentado pela DGS em 1997, 2002 e 2015 ⁽⁸¹⁻⁸³⁾, o acesso a informação relevante, coerente e articulada, não é fácil, dificultando, assim, a análise ⁽⁸⁴⁾.

Segundo dados da DGS, obtidos no âmbito do Estudo *Global Burden of Diseases* ⁽⁸²⁾, os fatores de risco que mais contribuem para o DALY pela população portuguesa são os hábitos alimentares inadequados (19%), a hipertensão arterial (HTA) (17%) e o índice de massa corporal elevado (13%). Saliente-se que estes são os principais fatores de risco, muitas vezes modificáveis e, por isso, causadores de DALY e

importantes fatores de risco para as DCNT como a DM, a obesidade e as doenças cardiovasculares (DCV) ⁽⁸²⁾.

Sendo os hábitos alimentares inadequados dos maiores responsáveis pelos DALY torna-se importante caracterizar os hábitos alimentares da população ⁽⁸⁵⁾.

Com base nos dados de Global Burden of Disease 2013 presente no Institute for Health Metrics and Evaluation ⁽⁸⁶⁾, pode aferir-se que a alimentação inadequada foi o fator de risco modificável que mais contribui para a carga global de doença, para as DCNT (DCV, DM, e cancro) (tabela 3).

Tabela 3 – Contribuição da alimentação inadequada para os *Disability Adjusted Life Year*.

	DALY (por 100000 habitantes)	% DALY
Carga Global de Doença	3166,57	10,99
Doenças Crónicas Não Transmissíveis	3166,57	12,78
Diabetes Mellitus	377,23	19,2
Doença Cardiovascular	2115,16	45,85
Cancro	577,05	11,72

Legenda: DALY - Disability Adjusted Life Year

1.2.1.2.3. Disponibilidades alimentares e nutricionais

Os dados para a vigilância nutricional podem ser obtidos através da recolha direta, por avaliação da ingestão alimentar de grupos populacionais, ou indiretamente, através da avaliação de disponibilidades alimentares. A realização de Inquéritos Alimentares (IA) de âmbito nacional é a abordagem mais adequada para se conhecer a adequação alimentar/nutricional da ingestão. No entanto, a complexidade do processo de avaliação de amostras representativas da população aumenta o respetivo custo, pelo que se recorre frequentemente a dados indiretos, tal como os das Balanças Alimentares (BA), que avaliam a disponibilidade alimentar de um país num determinado período de tempo (habitualmente um ano civil). São ainda importantes os Inquéritos aos Orçamentos Familiares (IOF), que avaliam a disponibilidade alimentar através da análise da situação real das famílias no que diz respeito às despesas, aos rendimentos e às condições de vida. ⁽⁸⁷⁾.

Portugal ainda carece de dados relacionados com a alimentação, recolhidos a nível nacional; em resultado, a informação neste domínio é fornecida pelos IOF e pela Balança Alimentar Portuguesa (BAP). Esta é sem dúvida uma forte limitação quando se pretende identificar associações entre a ingestão de alimentos, bem como avaliar o

estado nutricional e de saúde, e prejudica a definição de políticas nacionais neste domínio ⁽⁸⁷⁾.

Foi em 1980 que se realizou pela primeira vez em Portugal um IA de âmbito nacional, tendo a informação sido obtida através de um registo alimentar. Verificou-se então que os indivíduos apresentavam valores médios de ingestão energética de 2436 kcal/dia (55,2% provenientes de HC, 33,7% de lípidos e 12,8% de proteínas). Em 2009, foi realizado o estudo com representatividade nacional designado Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa ⁽⁸⁸⁾; este revelou que em média os adultos ingeriam 1949 kcal, 86 g de proteínas, 210 g de HC e 64 g de lípidos, uma contribuição respetiva de 19%, 46% e 31% para o valor energético total, contribuindo o etanol com 4% ⁽⁸⁹⁾. Neste estudo Poinhos *et al.* verificaram que o fator mais indicado como tendo influência na saúde foi a alimentação (56,8%) ⁽⁹⁰⁾. Mais recentemente, em 2015, foi iniciado o 2.º Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física ⁽⁹¹⁻⁹⁴⁾.

Na ausência de um IA nacional recente, recorre-se a disponibilidades para se inferir consumos alimentares, sendo estes dados de disponibilidades organizados em BA. Contudo, o consumo real de determinado alimento poderá diferir consideravelmente das suas disponibilidades alimentares, podendo haver sobrestimação ou subestimação dos dados, sobretudo em relação a alguns alimentos específicos, já que a produção familiar e o autoconsumo, situações comuns nas zonas rurais, não são incluídos nas estatísticas ⁽⁹⁵⁾. Outra limitação inerente à utilização das BA para a caracterização da situação alimentar de qualquer país é não permitirem distinções regionais, já que se referem a dados nacionais; para além disso, não distinguem os diferentes grupos etários ou socioeconómicos ⁽⁹⁶⁾. Pese embora as suas limitações, constituem uma importante ferramenta para recolha de informação sobre a situação alimentar dos países, sobretudo na ausência de IA nacionais periódicos aos hábitos alimentares. As BA são pois um importante instrumento para a delineação de estratégias na área da alimentação e nutrição, até porque permitem também analisar as principais tendências temporais ⁽⁹⁶⁾.

O relatório da Fundação Calouste Gulbenkian, de 2013, O Futuro da Alimentação ambiente, saúde e economia, ⁽⁹⁷⁾, ciente da importância do conhecimento da situação alimentar da população, recomenda um melhoramento da base de informação sobre a alimentação dos portugueses ⁽⁹⁸⁾.

Portugal dispõe de dados anuais sobre a disponibilidade alimentar, que foram até ao momento organizados em quatro BAP: a primeira referente ao período de 1980-1992; a segunda referente a 1990-1997; a terceira referente a 2003-2008 e a última referente

a 2008-2012 ⁽⁹⁹⁻¹⁰²⁾. A BAP utiliza dados globais obtidos pela contabilização da disponibilidade de alimentos para consumo humano *per capita*, bem como de energia e macronutrientes, calculados com recurso à tabela de composição dos alimentos ⁽¹⁰³⁾.

Ao longo do tempo, temos assistido a alterações na disponibilidade de produtos alimentares ⁽¹⁰⁴⁾. Acentuaram-se os desequilíbrios alimentares dos Portugueses, que são o reflexo de uma disponibilidade excessiva de calorias.

A última Balança Alimentar Portuguesa (BAP), referente ao período 2008-2012, revelou uma disponibilidade energética diária média *per capita* de 3 963 kcal (+2,1% que no período 2003-2008), o que permite satisfazer as necessidades de consumo de 1,6 a 2 adultos, tendo por base o aporte energético médio diário recomendado. Contudo, ao longo deste período, verificou-se um decréscimo médio anual de 0,7% no total de energia apurada, sendo 3 882 kcal em 2012 ⁽¹⁰²⁾. A comparação da distribuição das disponibilidades diárias *per capita* da BAP com o padrão alimentar preconizado pela Roda dos Alimentos ⁽¹⁰⁵⁾ continuou em 2012 a evidenciar distorções, apontando para excesso de produtos alimentares dos grupos “Carne, pescado e ovos”, e “Óleos e Gorduras” e défice em “Hortícolas”, “Frutos” e “Leguminosas secas”. Este desequilíbrio traduz-se numa inadequação dos hábitos alimentares, com uma predominância de proteínas de origem animal e excesso de lípidos ⁽¹⁰²⁾.

O recurso a dados dos IOF, recolhidos em 1989/90 e 1994/95, permitiu igualmente a identificação de mudanças na disponibilidade de alimentos entre 1990 a 95, tendo-se verificado que Portugal está a afastar-se da tradicional “dieta mediterrânica”. Neste período, a disponibilidade de hidratos de carbono complexos e de azeite foi reduzida, ao passo que a disponibilidade de grupos de alimentos fornecedores de proteínas aumentou. Podem ser observadas disparidades consideráveis por localidade e em função do nível de escolaridade do chefe da família. As famílias em áreas urbanas e de nível socioeconómico mais elevado são os principais atores das mudanças nos hábitos alimentares “tradicionais” ⁽¹⁰⁶⁾.

Entre 1990-2000 Portugal reduziu a proporção de famílias que cumprem os objetivos nutricionais populacionais da OMS (verificado com base na disponibilidade domiciliar *per capita* diária, recorrendo ao IOF) e a adesão ao padrão alimentar mediterrânico, destacando-se a redução de 4,5% de famílias que têm disponível pelo menos 400 g de hortofrutícolas *per capita* ⁽¹⁰⁷⁾.

Comparando-se a disponibilidade alimentar entre 1974 e 2011 (tabela 4) verificam-se várias alterações *per capita* nomeadamente um aumento de 13% da disponibilidade

energética (de 3050 kcal/dia para 3456 kcal/dia) com diminuição de 4,5% da contribuição energética dos alimentos de origem vegetal (de 2551 kcal/dia para 2437 kcal/dia), face a um aumento de 114% da contribuição energética dos de origem animal (de 499 kcal/dia para 1019 kcal/dia).

Tabela 4 – Balança Alimentar nos anos de 1974 e 2011.

(Fonte: elaborado a partir dos dados da FAOSTAT, 2015)⁽¹⁰⁸⁾

		Anos				
		1974	1984	1994	2004	2011
Disponibilidade de Macronutrientes (g/cap/dia)	População Residente	8.754.365	9.996.233	9.991.526	10.483.862	10.557.560
	Energia (kcal/pessoa/dia)	3050	2869	3489	3608	3456
	Hidratos de Carbono	408,9	362,4	415,0	422,7	375,2
	Proteínas	84,7	81,4	108,3	114,8	111,2
	Lípidos	86,5	89,8	124,4	132,6	142,5
	Etanol	42,4	40,9	39,4	37,9	32,6
Disponibilidade de Alimentos (g/cap/dia)	Cereais	376,4	344,3	342,4	365,5	348,5
	Açúcar	76,2	68,4	86,7	88,9	77,6
	Óleos Vegetais	44,5	43,3	49,9	47,6	56,1
	Azeite	17,8	11,5	12,5	13,3	21,3
	Fruta	196,1	131,0	276,4	348,0	311,5
	Bebidas Alcoólicas	332,8	328,3	355,8	339,6	287,0
	Carne	112,0	114,8	211,5	230,4	247,4
	Pescado	142,2	121,4	157,6	147,2	155,6
	Hortícolas	371,6	394,5	452,0	585,5	455,2
	Laticínios	219,4	234,5	437,0	567,9	585,6

O consumo de sal foi sendo referenciado desde a década de 60 como sendo excessivo face às recomendações da OMS (<5g/dia ⁽¹⁰⁹⁾). O único estudo recente realizado em 2011-2012 numa amostra de 3720 pessoas, revela uma ingestão de 10,7g/dia ⁽¹¹⁰⁾.

1.2.1.2.4. Doenças Crónicas Não Transmissíveis

As DCNT não são transmitidas de pessoa para pessoa, são doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta e apresentam geralmente um quadro evolutivo lento, podendo iniciar-se precocemente e manifestar-se muitos anos depois, mantendo-se durante um longo período do tempo ou por toda a vida ⁽¹¹¹⁾.

Os quatro principais tipos de DCNT são as DCV, os cancros, as doenças respiratórias crónicas (DRC) e a DM, e constituem as principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial ^(112, 113).

Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT (num total de 56 milhões de mortes que ocorreram em todo o mundo), 16 milhões, ou seja, 42%, deveram-se a mortes prematuras (antes dos 70 anos) e evitáveis (um aumento de 14,6 milhões mortes em relação a 2000) ⁽¹¹⁴⁾.

Enquanto o número anual de óbitos por doenças infecciosas deverá diminuir, o número anual total DCNT de mortes deverá aumentar para 52 milhões em 2030. As principais causas de mortes de DCNT em 2012 foram: DCV (17,5 milhões de mortes, ou 46,2% das mortes por DCNT), cancro (8,2 milhões, ou 21,7% das mortes por DCNT), DRC (4,0 milhões, ou 10,7% das mortes por DCNT) e DM (1,5 milhões, ou 4% de mortes DCNT). Assim, estas quatro principais DCNT foram responsáveis por 82% das mortes por DCNT ⁽¹¹⁴⁾.

As DCNT continuaram a ser a principal causa de morte em todo o mundo ⁽¹¹⁴⁾: 63% da mortalidade geral (36 milhões de mortes do total de 57 milhões) ⁽¹¹⁵⁾, o que representa um aumento de 3% relativamente a 2005 ⁽¹¹⁶⁾. Dados referentes a 2001 apontam as DCV (doença isquémica do coração e doenças cerebrovasculares) como as principais causas de morte no mundo, e como as duas principais nos países menos desenvolvidos, em desenvolvimento e desenvolvidos. Nos países desenvolvidos estas doenças são também a principal causa de anos de vida perdidos, ao passo que nos países menos desenvolvidos e em desenvolvimento constituem a 3.^a e 5.^a causa ⁽¹¹⁷⁾. Estima-se que, em 2008, 17,3 milhões de indivíduos tenham morrido por DCV, dos quais 7,3 milhões por doença coronária e 6,2 milhões por acidente vascular cerebral (AVC) ⁽¹¹⁵⁾; estima-se ainda que o número de anos de vida perdidos aumente de 17 milhões, registados em 2008, para 25 milhões em 2030, por oposição à tendência para redução da mortalidade provocada por doenças infecciosas. Verifica-se ainda que 80% desta mortalidade se concentra nos países menos desenvolvidos e em desenvolvimento, e que 48% da mortalidade ocorre em indivíduos com idade inferior a 70 anos, valores mais elevados quando comparados com a mortalidade para a mesma idade dos países desenvolvidos (26%) ou com a mortalidade global (44%) ⁽¹¹⁵⁾.

No que respeita aos dados em Portugal, a tabela 5 resume o número de óbitos e taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por DCNT nos anos 1974, 1984, 1994, 2004 e 2013, podendo verificar-se um aumento do número de óbitos por DM, por cancro e por DRC de 1984 para 2013, e uma diminuição por DCV. Comparando os anos de 1984 e 2013, esta tendência verifica-se igualmente na taxa de mortalidade

padronizada pela idade ≥ 65 anos por DM e por cancro, excetuando as DCV e a DRC que se verifica uma diminuição. Contudo, comparando os anos 2004 e 2013 verifica-se uma diminuição na taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por DM, DCV e cancro e um aumento da taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por DRC.

Tabela 5 – Número de óbitos e taxa de mortalidade padronizada a idade superior a 65 anos por doenças crónicas não transmissíveis.

(Fonte: elaborado a partir dos dados do INE ⁽¹¹⁸⁾ e HFA-BD⁽¹¹⁹⁾)

	1974	1984	1994	2004	2013
Óbitos por diabetes mellitus	815	1 368	3 121	4 482	4 544
Óbitos por cancro	11 837	15 654	19 144	22 283	25 860
Óbitos por doenças cardiovasculares	sd	42 884	42 539	36 983	31 420
Óbitos por doenças respiratórias crónicas	sd	6 789	7 060	8 665	12 611
Taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por diabetes mellitus ^a	sd	81	178	207	166
Taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por cancro ^a	sd	813	854	841	826
Taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por doenças cardiovasculares ^a	sd	3358	2612	1702	1111
Taxa de mortalidade Taxa de mortalidade padronizada pela idade ≥ 65 anos por doenças respiratórias crónicas ^a	sd	477	424	405	449

Legenda: sd – Sem dados, ^a - dados das taxas de mortalidade padronizada pela idade por 100000 habitantes

Em 2012 o perfil da mortalidade em Portugal vem reforçar que 86% das mortes se deveu às DCNT (figura 17), representando as DCV 32%, o cancro 28%, as DRC 6% e a DM 5%⁽¹¹⁴⁾.

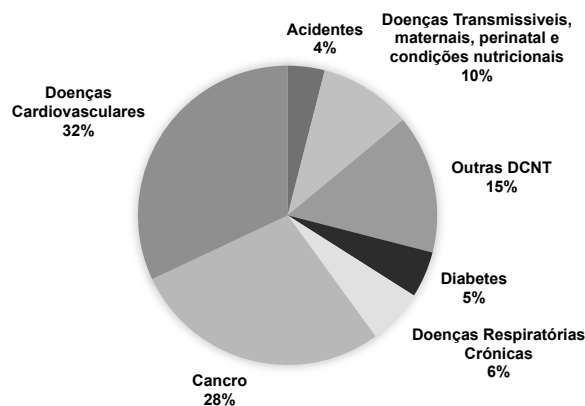


Figura 17 – Causas de morte em Portugal 2014.

(fonte: adaptado de WHO: NCD country profile 2014) ⁽¹¹⁴⁾

A primeira reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre DCNT foi realizada em 2011 ⁽¹²⁰⁾ e resultou na adoção de uma declaração política que deu grande importância à prevenção e controlo de doenças crónicas não transmissíveis na agenda de desenvolvimento. Os governos assumiram os compromissos, entre tantos outros, de promoverem políticas para uma alimentação saudável, melhorarem a governança da obesidade através do envolvimento de múltiplos setores, e desenvolverem a capacidade das organizações não-governamentais ⁽¹²⁰⁾. A OMS estabeleceu um roteiro para a implementação e monitorização desses compromissos no seu Plano de Ação Global para a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 ⁽¹²¹⁾. A segunda reunião de alto nível foi realizada em 2014 ⁽¹²²⁾, tendo-se os países comprometido a estabelecer metas nacionais sobre DCNT em 2015. Em 2018, a Assembleia Geral das Nações Unidas convocará uma terceira reunião de alto nível para examinar o progresso nacional no cumprimento das metas mundiais voluntárias para 2025.

A OMS traçou nove metas mundiais voluntárias relativas às DCNT, indicadas na tabela 6 ⁽¹¹⁴⁾.

Tabela 6 – Metas da Organização Mundial da Saúde relativamente às doenças crónicas não transmissíveis.

(Fonte: elaborado a partir de WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneve: World Health Organization, 2014) ⁽¹¹⁴⁾

META 1	Redução relativa da mortalidade geral por doenças cardiovasculares, cancro, diabetes ou pelas doenças respiratórias crónicas em 25%.
META 2	Redução relativa do uso nocivo do etanol em pelo menos 10%, conforme o caso, no contexto nacional.
META 3	Redução relativa da prevalência de atividade física insuficiente em 10%.
META 4	Redução relativa da média populacional de ingestão de sal ou sódio em 30%.
META 5	Redução relativa da prevalência do consumo atual de tabaco em 30%, em pessoas com 15 anos ou mais.
META 6	Redução relativa de 25% na prevalência de hipertensão, ou contenção da prevalência de hipertensão, dependendo das circunstâncias do país.
META 7	Impedir o aumento da diabetes e da obesidade.
META 8	Tratamento farmacológico e aconselhamento (incluindo o controle glicémico) de pelo menos 50% das pessoas que o necessitam para prevenir ataques cardíacos e acidentes cerebrovasculares.
META 9	80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, incluídos os genéricos necessários para tratar as principais doenças crónicas não transmissíveis, acessíveis em centros públicos e privados.

1.2.1.2.4.1. Doenças Cardiovasculares

Dos 17,5 milhões de mortes por DCV em 2012, estima-se que 7,4 milhões se terão ficado a dever a ataques cardíacos (doença cardíaca isquémica) e 6,7 milhões a AVC (130).

Ao longo das últimas quatro décadas, a taxa de morte por DCV tem diminuído em países desenvolvidos, devido a reduções nos fatores de risco cardiovascular e a uma melhor gestão da doença cardiovascular ⁽¹²³⁾.

A HTA é o maior fator de risco para DCV, respondendo por 51% e 45% das mortes por AVC e doença cardíaca isquémica em 2004, respetivamente ⁽¹²⁴⁾.

O consumo excessivo de sódio está associado a um risco aumentado de HTA e de DCV. A nível mundial, 1,7 milhões de mortes anuais DCV têm sido atribuídas ao consumo excessivo de sódio, sendo que as estimativas atuais sugerem que a ingestão média global de sal é de cerca de 10 g/dia (4 g/dia de sódio). A este respeito, a OMS recomenda uma redução na ingestão de sal para menos de 5 g/dia (2 g/dia de sódio) como meio de redução da HTA e do risco de DCV (130).

Em Portugal, as DCV têm vindo a provocar menos mortes nos últimos 40 anos (figura 18)

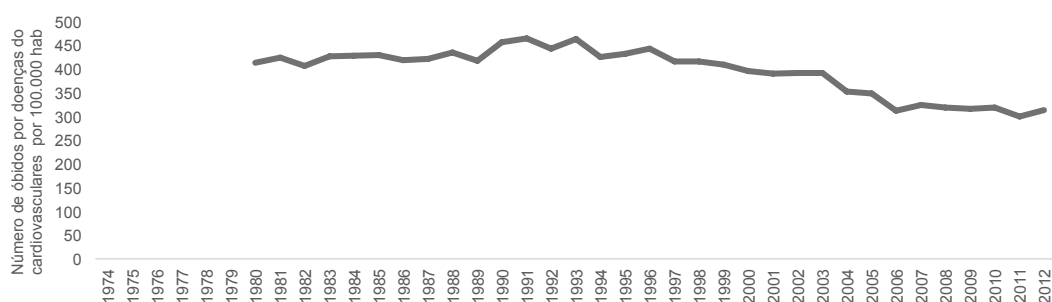


Figura 18 – Evolução dos óbitos por doenças cardiovasculares por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.

(Fonte: elaborado a partir dos dados do INE) ⁽¹¹⁸⁾

1.2.1.2.4.2. Cancro

Em 2010, o cancro foi responsável por 8 milhões de mortes no mundo (15,1% de todas as mortes), 38% a mais do que duas décadas antes, e estima-se que possa representar 13,1 milhões de mortes em 2030. O cancro do pulmão, da traqueia e dos brônquios foram a causa mais frequente de morte oncológica (1,5 milhões), o dobro do observado para os outros três com maior mortalidade: fígado, estômago e cólon e reto ⁽¹¹³⁾. Em 2012, o cancro foi responsável por 8,2 milhões de mortes (21,7% das DCNT) (130) (figura 19).

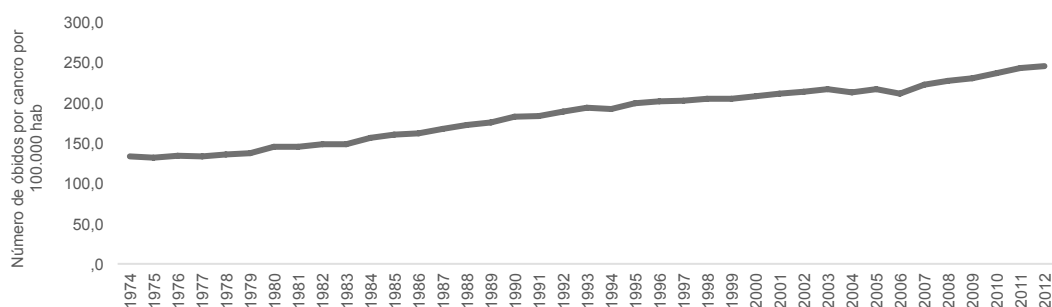


Figura 19 – Evolução dos óbitos por cancro por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.

(Fonte: elaborado a partir dos dados do INE) ⁽¹¹⁸⁾

1.2.1.2.4.3. Doenças Respiratórias Crónicas

As DRC foram responsáveis por 3,8 milhões de mortes em 2010 a nível mundial, 5 % menos do que em 1990 ⁽¹¹³⁾, sendo as mais comuns a rinite alérgica, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica, que se estima afetar 400, 300 e 210 milhões de pessoas, respetivamente ⁽¹²⁵⁾.

A prevalência de asma tem aumentado em todos os países, em paralelo com a da rinite alérgica nas últimas quatro décadas, acompanhando as tendências de urbanização e a importância crescente dos estilos de vida modernos; estima-se que possa haver um aumento de 100 milhões de pessoas com asma em 2025. A doença pulmonar obstrutiva crónica, embora menos prevalente do que a asma e a rinite alérgica, foi responsável por 76% das mortes por doença respiratória crónica em todo o mundo em 2010 ⁽¹²⁵⁾.

Em Portugal, as DRC têm vindo a provocar mais mortes desde 1980 a 2012 (figura 20).

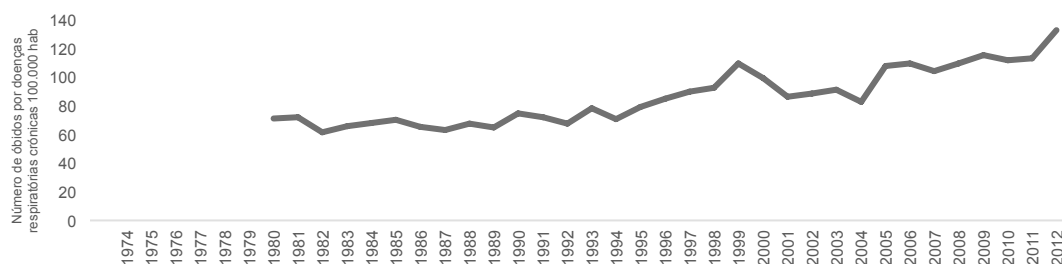


Figura 20 – Evolução dos óbitos por doenças respiratórias crónicas por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.

(Fonte: elaborado a partir dos dados do INE) ⁽¹¹⁸⁾

1.2.1.2.4.4. Diabetes Mellitus

A prevalência de DM tem aumentado substancialmente em todo o mundo, tendo em 2004 Wild S. *et al* ⁽¹²⁶⁾ estimado uma prevalência de 2,8% em 2000 e em 4,4% em 2030, para todas as faixas etárias, ou seja, o número total de pessoas com DM deverá aumentar de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030. Contudo, Whiting, R. *et al* ⁽¹²⁷⁾ estimaram em 2011 um aumento de 8,3% para 9,9% na população adulta mundial em 2030. Embora a prevalência de DM tipo 1 e DM tipo 2 estejam a crescer, a

DM tipo 2 tem um maior contributo para o aumento da prevalência da DM globalmente (126).

Na Europa, a DM é uma das principais causas de morte e a sua prevalência tem vindo a aumentar consideravelmente na última década (128), revelando os últimos dados de 2015 valores de 8,8% (129). Portugal foi o país da Europa que registou em 2013 a maior prevalência de DM, mantendo-se em 2014 (figura 21 e figura 22) (55), passando para segundo maior em 2015, a seguir a Malta (prevalência de 13,6% e 13,9%, respetivamente) (129) e das maiores em termos mundiais (56).

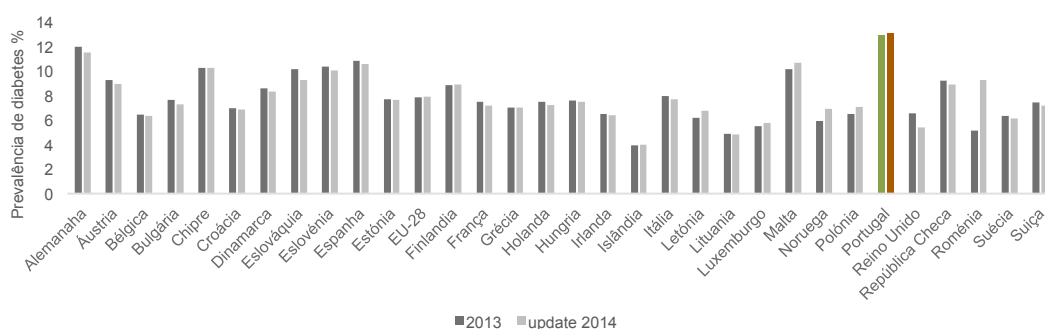


Figura 21 – Comparação da Prevalência da DM em 2013 e o *update* em 2014. União Europeia (UE28).

(Fonte: elaborado a partir dos dados do IDF Atlas, 2014) (55)

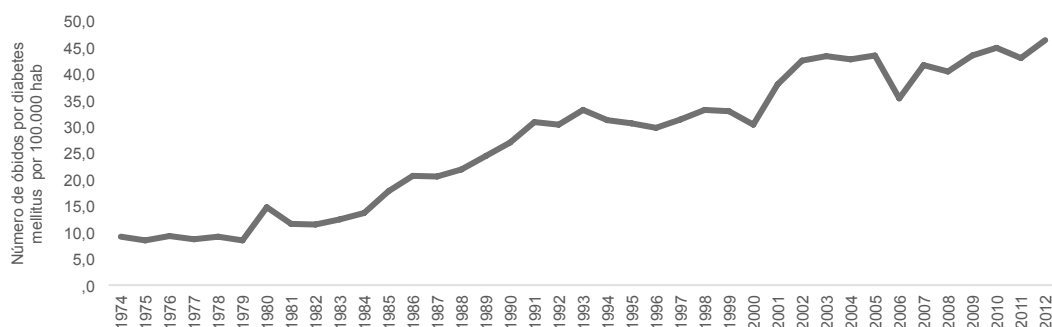


Figura 22 – Evolução dos óbitos por diabetes mellitus por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2012.

(Fonte: elaborado a partir dos dados do INE) (118)

De entre as DCNT, a DM merece uma reflexão particular por ser aquela em que se tem verificado um aumento da prevalência nos últimos anos (129), de DALY (86), da mortalidade (114), pelos gastos com os cuidados de saúde (130), pela elevada comorbilidade com outras patologias, como a DCV (131) e pela sua associação à obesidade (132, 133). A alimentação e os estilos de vida apresentam-se como os fatores *major* para o desenvolvimento da DM (134), podendo ainda a insegurança alimentar assumir-se como um fator de risco para a DM (135, 136).

Atualmente, a nível mundial, estima-se que 415 milhões de pessoas, 8,8% dos adultos com idades entre 20-79, têm DM, e que se esta tendência continuar a prevalência poderá subir para cerca de 10% em 2040 (642 milhões de adultos) ⁽¹²⁹⁾. Em Portugal, os dados relativos à prevalência de DM existem desde 2008; resultantes do estudo PREVADIAB, foram publicados em relatórios anuais pelo Observatório Nacional da Diabetes (OND) ⁽¹³⁷⁻¹⁴³⁾. Este é um estudo randomizado com uma amostra representativa da população portuguesa adulta, onde foi avaliada a glicemia em jejum, a intolerância à glicose e a hemoglobina glicosilada ⁽¹⁴⁴⁾, tendo o diagnóstico de DM sido realizado de acordo com os critérios da OMS ^(144, 145). Desde 2008 até 2014, tem-se verificado um aumento crescente, em cerca de 1,4% (figura 23). Este aumento poderá estar relacionado com o envelhecimento da população portuguesa (20-79 anos). A este respeito, destaque-se que em 2014 mais de um quarto dos indivíduos entre os 60-79 anos tem DM ⁽¹⁴³⁾. A prevalência de DM é superior no sexo masculino (evolução de 14.2% em 2008 para 15.8% em 2014) comparativamente com o sexo feminino, em todos os anos analisados (evolução de 9.5% em 2008 para 10.7% em 2014).

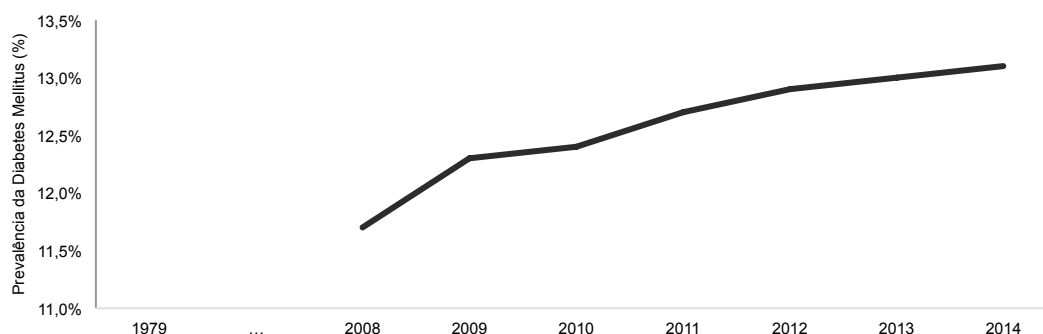


Figura 23 – Prevalência da diabetes mellitus em Portugal desde 2008 (período temporal abrange a criação do Serviço Nacional de Saúde).

(fonte: adaptado dos relatórios anuais do Observatório Nacional da Diabetes ⁽¹³⁷⁻¹⁴³⁾).

Evidenciando os dados do último relatório da OND ⁽¹⁴³⁾, constata-se que, no que respeita à composição da taxa de prevalência da DM, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada. A DM não diagnosticada é encontrada em todos os países a nível mundial. Dos 415 milhões de adultos com DM, com idades entre 20-79 anos, estima-se que cerca de 193 milhões, ou seja 46,5%, desconhecem ter a doença ⁽¹²⁹⁾, estimativa semelhante à prevalência nacional ⁽¹⁴³⁾. Estima-se ainda que a prevalência seja superior nos países em vias de desenvolvimento comparativamente com os países desenvolvidos ⁽¹⁴⁶⁾. A título de exemplo, nos EUA, dos indivíduos com DM (12,4% da população), cerca de 28% desconhecem ser diabéticos ⁽¹⁴⁷⁾. Esta situação impede a intervenção terapêutica

precoce, fazendo com que possam aumentar as comorbilidades associadas à doença ⁽¹⁴⁷⁾. Acresce que em todo o mundo 318 milhões de adultos têm intolerância à glicose, o que os coloca em alto risco de desenvolver a doença ⁽¹²⁹⁾.

Os custos associados à DM incluem custos diretos, como os relacionados com a comorbilidade, os medicamentos, a hospitalização e o ambulatório ⁽¹⁴⁸⁾, e custos indiretos, como a perda de produtividade e a invalidez ⁽¹²⁹⁾. São também elevados os custos com o tratamento, especialmente no que respeita às despesas decorrentes da hospitalização, medicação e consulta em centros de saúde ⁽¹⁴⁹⁾.

A DM representou para Portugal em 2014 um custo de cerca de 0,9% do PIB e 10% das despesas em saúde, o que se traduziu num custo direto estimado entre 1300 - 1550 milhões de euros, tendo-se verificado um acréscimo de cerca de 50 milhões de euros em relação a 2013 ⁽¹⁴³⁾. A maioria dos países despende entre 5% a 20% dos gastos em saúde com a DM. Globalmente o gasto em saúde com as pessoas com DM é duas ou três vezes superior aos gastos com outros indivíduos ⁽¹²⁹⁾.

Existe uma estreita relação entre DM e DCV ^(131, 150, 151). A DCV apresenta-se como a causa mais comum de mortalidade e morbilidade em populações diabéticas ⁽¹³¹⁾. Como a prevalência de DM tem vindo a aumentar, também é expectável que suba a DCV associada - através de ambos os fatores de risco CV tradicionais e os efeitos diretos do DM sobre CVD. Assim, o controlo adequado e tratamento da DM é fundamental para a contenção da crescente prevalência e progressão de DM e CVD ⁽¹⁵¹⁾.

Os fatores de risco para DM tipo 1 incluem história familiar de DM tipo 1, genética, influências ambientais e exposição a algumas infeções víricas. Quanto à DM tipo 2, existem vários fatores de risco importantes como, tais como a obesidade, uma dieta inadequada, inatividade física, idade avançada; história familiar de DM e antecedentes de diabetes gestacional ⁽¹²⁹⁾. A insegurança alimentar também tem sido apontada como um risco essencial para DM ⁽¹³⁵⁾.

Dos fatores de risco apontados importa realçar a obesidade, os erros alimentares e a insegurança alimentar. A obesidade na verdade é comum em pacientes com DM, particularmente DM tipo 2 ⁽¹⁵²⁾ e é o principal fator de risco potencialmente modificável para DM ⁽¹⁵³⁾.

A obesidade é definida pela OMS como acumulação excessiva de gordura representando risco para a saúde, caracteriza-se por um índice de massa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ⁽¹⁵⁴⁾. A obesidade tem adquirido proporções epidémicas, com graves implicações para a saúde pública por causa da morbilidade e mortalidade associadas

^(155, 156), e a OMS reconhece que se não forem tomadas medidas drásticas para a prevenir e tratar, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025. Em 2008, 10% da população masculina e 14% da população feminina, ⁽¹⁵⁷⁾ a nível mundial, era obesa, segundo esta organização.

Foi já em 2000 que a OMS considerou a obesidade como doença crónica ⁽¹⁵⁶⁾ e a DGS, em 2004 ⁽¹⁵⁸⁾, podendo atingir homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades, requerendo estratégias de longa duração para a sua prevenção e gestão efetivas, tal como contempla o combate à obesidade no PNS 2004 -2010 ⁽¹⁵⁹⁾.

Em Portugal, os dados relativos à prevalência de obesidade são escassos, mas permitem analisar tendências temporais. Os primeiros dados de uma amostra capaz de representatividade nacional da população adulta, utilizando dados antropométricos medidos de forma objetiva, são referentes ao período entre 1995-98 ^(160, 161). A prevalência da obesidade era de 14,4% e a prevalência de excesso de peso era de 35,3%, sendo a prevalência de excesso de peso/obesidade de 49,7%. Em 2008, foi publicado um segundo estudo igualmente de Carmo *et al.*, ⁽¹⁶²⁾ que indicava que, entre 2003-05, 14,2% da população portuguesa era obesa e 39,4% tinha excesso de peso, sendo que 53,6% dos indivíduos registava excesso de peso/obesidade. Mais recentemente, em 2009, num estudo conduzido pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, verificou-se que, quando comparada com os resultados anteriores, a prevalência da obesidade entre 2003-05 e 2009, na população adulta portuguesa, reduziu de 14,2% para 10,8 %. Embora a prevalência da obesidade pareça estar a diminuir, o excesso de peso aumentou para 40,6%, sendo que cerca de metade dos adultos portugueses tem sobrepeso (prevalência de excesso de peso/obesidade foi de 51,4%) ⁽¹⁶³⁾. Nestes trabalhos verificou-se que os indivíduos mais velhos e menos escolarizados tinham peso mais elevado ⁽¹⁶⁰⁻¹⁶³⁾.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS), que utiliza amostras probabilísticas representativas da população de Portugal (dos residentes em Portugal com mais de 18 anos) tem-nos fornecido dados sobre o peso, onde o peso é auto-reportado, verificando-se uma tendência de aumento da prevalência da obesidade. Até à data foram já realizados cinco INS: 1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 ⁽¹⁶⁴⁾ e 2014 ⁽¹⁶⁵⁾. Entre 1995 e 2005, a prevalência de excesso de peso manteve-se estável (36,1% em 1995-6 e 36,4 % em 2005), enquanto que a prevalência da obesidade aumentou (11,5% em 1995/1996 e 15,2% em 2005/2006) ^(166, 167). Segundo o último INS, estima-se que 16,4% eram obesos ⁽¹⁶⁵⁾.

A obesidade leva a um aumento da prevalência da DM, HTA, dislipidemia, hiperuricemia, litíase vesicular, síndrome do ovário poliquístico, doença coronária, doença vascular cerebral e alguns tipos de cancro ⁽¹⁶⁸⁾. Está ainda associada a dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor e a um aumento significativo da mortalidade.

Verifica-se a existência de uma relação entre o escalão de Índice de Massa Corporal (IMC) e a DM, com perto de 90% da população com DM a apresentar excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,6%), de acordo com os dados recolhidos no âmbito do PREVADIAB. A prevalência da DM nas pessoas obesas (IMC \geq 30) é cerca de quatro vezes maior do que nas pessoas com IMC normal (IMC $<$ 25) ⁽¹⁴³⁾.

1.2.1.2.4.5. Alimentação e Doenças Crónicas Não Transmissíveis

A alimentação saudável é a base do bem-estar humano ⁽¹⁶⁹⁾, sendo reconhecida como elemento decisivo para a saúde dos indivíduos, com influência direta no bem-estar físico e psicológico, no presente e no futuro ⁽¹⁰⁹⁾ e determinante para a promoção e manutenção da saúde, ao longo de todo o ciclo de vida. O seu papel como fator decisivo nas doenças crónicas não transmissíveis está bem documentado, pelo que lhe é atribuído especial relevo na prevenção destas doenças ^(109, 170).

Consequentemente, a alimentação assume-se como um tema cada vez mais relevante em diversos domínios, incluindo as políticas de saúde, pela influência que tem nos indivíduos. Maus hábitos alimentares constituem um fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, que representam a principal causa de morte nos países desenvolvidos, bem como uma crescente preocupação nos países em desenvolvimento ^(109, 171).

As mudanças nos hábitos alimentares e a diminuição da atividade física têm sido responsáveis por parte da alta prevalência de doenças crónicas não transmissíveis atualmente observadas nas sociedades ditas desenvolvidas ⁽¹⁷²⁾.

A promoção da saúde é definida como o processo de capacitar os indivíduos para controlar e melhorar a sua própria saúde. Este conceito foi definido e divulgado através da Carta de Ottawa - I Conferência de Promoção da Saúde, após a qual se tem vindo a estudar e compreender a importância do ambiente na saúde dos indivíduos ⁽¹⁷³⁾, tendo sido reforçada a sua importância em 2011, na Conferência

Mundial sobre os Determinantes da Saúde ⁽¹⁷⁴⁾. Desta forma, entende-se que a saúde dos indivíduos não depende apenas da qualidade ou quantidade de serviços de saúde prestados, no seu sentido restrito, mas principalmente, das condições sociais, ambientais, e económicas que os envolvem, para as quais devem estar dirigidas as ações e intervenções no âmbito da promoção da saúde ⁽¹⁷⁴⁾.

Os cinco fatores de risco mais importantes para a mortalidade global são a pressão arterial elevada, o tabaco, a hiperglicemia, a inatividade física e o excesso de peso / obesidade. Estes fatores são responsáveis pelo aumento das doenças crónicas, como as DCV e o cancro, afetando indivíduos de todos os países e estratos socioeconómicos ^(109, 115).

O consumo alimentar é considerado um dos principais fatores de risco modificável relacionados com o desenvolvimento de DCNT ⁽¹⁰⁹⁾. Vários estudos sugerem um efeito protetor de DM tipo 2 por com a adoção de hábitos alimentares saudáveis ⁽¹⁷⁵⁻¹⁷⁷⁾.

Uma revisão de Sartorelli *et al.* ⁽¹⁷⁸⁾ descreve o impacto que os programas de intervenção no estilo de vida, em ensaios clínicos aleatórios controlados, têm na prevenção primária da DM tipo 2, evidenciando a eficácia da alimentação saudável.

O Nurses Health Study, conduzido com 84.941 mulheres americanas, observou que um padrão alimentar rico em fibras e ácidos gordos polinsaturados, pobre em gorduras saturadas e ácidos gordos *trans*, com baixo índice glicémico reduziu em 91,0% o risco de desenvolvimento de DM tipo 2, após 16 anos de seguimento ⁽¹⁷⁵⁾.

A alimentação é influenciada por inúmeros fatores e complexas interações, isto é, fatores como o rendimento, os preços, as crenças e preferências individuais, tradições culturais, bem como fatores geográficos, ambientais, políticos, sociais e económicos interagem de forma complexa modelando os padrões de consumo.

Ao longo dos tempos, as populações têm atravessado uma série de transições nutricionais, sendo que o desenvolvimento económico do país é normalmente acompanhado de uma melhoria da disponibilidade alimentar ⁽¹⁰⁹⁾. O conceito de transição nutricional integra os processos de transição demográfica e epidemiológica, e é um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanha mudanças económicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações ⁽¹⁷⁹⁾. Embora a literatura tenda a focar mais a ocidentalização da alimentação, envolvendo o aumento do consumo de carne, gordura, comida processada, açúcar e sal, Popkin ⁽¹⁷⁹⁻¹⁸²⁾, descreveu cinco padrões:

1. O padrão recoletor que ocorre em sociedades caçadoras recoletoras, em que a alimentação é rica em HC e fibra, e pobre em gordura. É característico de uma sociedade primitiva com baixa fertilidade, elevada mortalidade, baixa esperança de vida e elevada prevalência de doenças infecciosas.
2. O padrão de fome que ocorre em sociedades de agricultura, onde a alimentação é pouca variada e sujeita a grande variação. A produção alimentar é basicamente de subsistência. Existe uma elevada fertilidade, mas a esperança de vida é ainda baixa, com elevada mortalidade infantil e materna. Prevalecem as doenças endémicas como as doenças baseadas em deficiências.
3. O padrão industrial que ocorre quando as sociedades transitam da agricultura para a indústria e a tecnologia sofre vários avanços, mas a alimentação mantém-se com baixa variedade, assim como é baseada em alguns alimentos fornecedores de amido e maior consumo de fruta, hortícolas e proteínas de origem animal. A mortalidade diminui enquanto a fertilidade começa também a diminuir.
4. O padrão das doenças degenerativas começa a emergir quando a atividade física diminui, acompanhada pelo crescimento do setor dos serviços. A dieta é caracterizada por elevados níveis de ingestão de gordura total, colesterol, açúcar e hidratos de carbono simples, e baixos níveis de ácidos gordos polinsaturados e fibra. A esperança média de vida cresce, bem como a obesidade e as DCNT relacionadas com a alimentação.
5. O padrão da mudança de comportamento implica um consumo menor de gordura e maior de fruta e hortícolas, com o aumento da consciência acerca das implicações das escolhas alimentares. Aumenta a atividade física durante o tempo de lazer. Redução da gordura corporal e da obesidade acompanhado pelo aumento da saúde óssea.

1.2.1.2.4.6. Insegurança Alimentar e Doenças Crónicas Não Transmissíveis

Vários estudos têm relatado associações entre a insegurança alimentar e a doença crónica ⁽¹⁸³⁻¹⁸⁷⁾.

De acordo com a FAO, a segurança alimentar (entendida como *food security*) “ocorre quando todas as pessoas, em todos os momentos têm acesso, físico e económico, a alimentos suficientes, seguros e nutritivos de acordo com as suas necessidades nutricionais e

preferências alimentares, para uma vida saudável e ativa”⁽¹⁸⁸⁾. É imperioso assegurar uma alimentação adequada, um direito humano universal consagrado pela Organização das Nações Unidas ⁽¹⁸⁹⁾, sendo de extrema importância a garantia da segurança alimentar das populações.

Em Portugal, o primeiro estudo sobre insegurança alimentar foi realizado em 2003 pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, tendo revelado uma prevalência de insegurança alimentar de 8,1%, considerando apenas a percentagem de agregados familiares que reportou alterações no consumo de algum alimento julgado essencial devido a dificuldades económicas ⁽¹⁹⁰⁾. Recorrendo aos dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, foi possível determinar que o peso da insegurança alimentar em Portugal é elevado ⁽¹⁹¹⁾, com 16,5% dos cidadãos portugueses com baixa segurança alimentar e 3,5 % com segurança alimentar muito baixa, ou seja, afetando um em cada seis cidadãos portugueses ⁽¹⁹²⁾. A baixa escolaridade e a reduzida disponibilidade económica parecem ser os principais fatores associados à insegurança ⁽¹⁹²⁾.

De modo a contribuir para o conhecimento sobre as desigualdades sociais no acesso a uma alimentação saudável, Gregório *et al.* ⁽¹⁹³⁾ caracterizaram a situação de insegurança alimentar em agregados familiares portugueses, entre 2011 e 2013, com dados provenientes do inquérito de insegurança alimentar – estudo INFOFAMÍLIA ^(57, 193). Este estudo transversal de uma amostra sistemática randomizada de utilizadores do SNS foi realizado nas cinco regiões de Portugal continental, através da aplicação de um questionário por um enfermeiro. Este estudo é da responsabilidade da DGS, estando os dados disponíveis desde 2011 até 2013, um período de crise económica e de crescentes desigualdades sociais, sendo relatado que 50,7% dos agregados familiares se apresentavam em situação de insegurança face à alimentação ⁽¹⁹⁴⁾. Contudo, verificou-se uma maior prevalência de agregados familiares classificados no nível mais leve de insegurança alimentar: insegurança alimentar ligeira (33,4%) ⁽¹⁹³⁾.

Estes dados sobre insegurança alimentar, que pela primeira vez começam a ser recolhidos de forma sistemática a nível nacional para a população adulta, demonstram uma distribuição geográfica diferente e fortemente marcada pela idade e número de pessoas do agregado familiar ⁽⁵⁷⁾. As desigualdades socioeconómicas condicionam pois os hábitos alimentares ⁽¹⁹⁵⁾, potenciando a insegurança alimentar ⁽¹⁹⁴⁾.

Em Portugal, o risco de pobreza é analisado pelo INE desde 2004 através do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, tendo revelado que, em 2003, primeiro ano do período em análise, o risco de pobreza atingia 20,4% dos indivíduos, observando-se

reduções da ordem do ponto percentual em 2004 e em 2005 e de ½ p.p. entre 2005 e 2008 ⁽¹⁹⁶⁾. Desde 2008 que a população que vive em risco de pobreza tem vindo a aumentar: de 17,9% em 2008 ⁽¹⁹⁷⁾, para 18,0% em 2010 ⁽¹⁹⁸⁾ e para 19,5% em 2013 ⁽¹⁹⁹⁾, mantendo-se em 2014 ⁽¹⁹⁹⁾, valores estes mesmo após terem sido recebidas transferências sociais (Tabela 7).

Tabela 7 – Taxa de risco de pobreza, Portugal 2003-2014.

(Fonte: elaborado a partir de Inquérito às Condições de Vida e Rendimento do INE) ^(196, 198-203)

	Ano de referência dos dados											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Após transferências Sociais	20,4	19,4	18,5	18,1	18,5	17,9	17,9	18,0	17,9	18,7	19,5	19,5
Após transferências relativas a pensões	26,5	25,7	25,1	24,2	24,9	24,3	26,4	25,4	25,3	25,6	26,7	26,4
Antes de qualquer transferência social	41,3	40,8	40,2	40,0	41,5	41,5	43,4	42,5	45,4	46,9	47,8	47,8

Nota: Valores apresentados em percentagem

1.2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A OMS define políticas de saúde como:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, e o acesso a esses serviços e programas. A política de saúde está atualmente diferenciada de política pública de saúde pela sua principal preocupação com os serviços e programas de saúde. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam na evidência disponível, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis ⁽²⁰⁴⁾.

Este conceito de política de saúde enaltece o caráter de estratégia oficial organizada em ações sectoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas.

Na Europa, as políticas de saúde têm sido desenhadas essencialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e a União Europeia (EU).

As políticas públicas de saúde em Portugal têm sofrido influência direta ou indireta destas organizações internacionais.

Em Portugal, a LBS, publicada em 1990 ⁽²³⁾, com alterações introduzidas em 2002 ⁽³²⁾, determina que é ao Governo que compete formular a política de saúde (Base VI, Art.º 1.º), cabendo ao MS, em coordenação com os ministérios que tutelam áreas conexas, propor a sua definição, promover e vigiar a respetiva implementação e execução (Base VI, Art.º 2.º), estabelecendo que a política de saúde tem âmbito nacional e obedece às diretrizes seguintes (Base II, Art.º 1º):

a) a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado;

- b) é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;
- c) são tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;
- d) os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;
- e) a gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;
- f) é apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;
- g) é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;
- h) é incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;
- i) é estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

Estabelece ainda que a “política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos” ⁽²³⁾.

A política de saúde, enquanto conjunto de valores, finalidades e preferências, num domínio de maior abrangência e de menor especificidade ⁽²⁰⁵⁾ deve ser consolidada num plano estratégico e a partir dele fluem os programas e a partir dos programas (e algumas vezes diretamente das orientações estratégicas) desenvolvem-se projetos. Os programas deveriam compreender documentos estratégicos orientadores da ação programática — o plano estratégico do programa ⁽²⁰⁶⁾.

Durante a década de 70, aquando da implementação do SNS, a política de saúde foi fortemente influenciada pelo desenvolvimento dos cuidados de saúde primários (centros de saúde), institucionalizando-se o “planeamento em saúde” ⁽⁸⁴⁾.

Entre as décadas de 80 e a de 90 as políticas do país começaram a ser influenciadas pelo movimento de promoção da saúde preconizado pela OMS, através de projetos como “cidades saudáveis” e “escolas promotoras de saúde” ⁽⁸⁴⁾.

Pelas implicações para indivíduos e comunidade, as DCNT em Portugal constituem um foco de interesse para quem estuda a evolução dos sistemas de saúde e as respostas que o Estado tem vindo a preconizar.

O *burden* das DCNT reflete a complexa interação entre os aspetos biológicos, comportamentais e o meio envolvente, em particular a disponibilidade alimentar, levando a um maior reconhecimento da necessidade de se estabelecerem políticas específicas na área da alimentação e nutrição, bem como da importância da educação alimentar ⁽²⁰⁷⁾, definida por Isobel R. Contento ⁽²⁰⁷⁾ como “any combination of educational strategies, accompanied by environmental supports, designed to facilitate voluntary adoption of food choices and other food and nutrition-related behaviors conducive to health and well-being; nutrition education is delivered through multiple venues and involves activities at the individual, community, and policy levels”, pelo que é sugerido que, para que a mudança nos hábitos alimentares tenha lugar e se mantenha, são necessárias condições de ordem individual, comunitária e política, devendo a educação alimentar iniciar nas escolas integrada numa Política Alimentar e Nutricional (PAN) nacional ⁽²⁰⁸⁾.

O conceito de PAN tem sofrido uma evolução ao longo das últimas décadas, mercê das modificações socioeconómicas, políticas, ambientais e do estado de saúde das populações, partindo das “políticas alimentares”, com interesses em garantir uma produção suficiente de alimentos, para as “políticas nutricionais” com preocupações relacionadas com a associação entre alimentação e o estado de saúde das populações ⁽²⁰⁹⁾. Atualmente, é entendido como o “conjunto concertado de ações destinadas a melhorar o estado nutricional das populações” ⁽²¹⁰⁾

Até 2012, Portugal era um dos poucos países na Europa que não tinha um documento de políticas específicas sobre alimentação e nutrição (juntamente com a Grécia e a Polónia), tendo alguns programas relacionados com a nutrição ⁽⁸⁷⁾. Foi nesse ano criado um programa específico para a promoção da alimentação saudável, o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), com orientações programáticas e objetivos específicos ⁽²¹¹⁾, mas Portugal continuou sem uma PAN nacional intencionalmente desenhada, contrastando, neste aspeto, com outros países da Europa, como é exemplo a Noruega. Este último país foi, de facto, o primeiro a ter uma PAN: instituída em 1975, dava enfoque, para além da questão da disponibilidade

de alimentos (visão quantitativa), à adequação nutricional (visão qualitativa) ⁽²¹²⁾. O envolvimento dos governos para definirem uma PAN é crucial ⁽²¹³⁻²¹⁵⁾.

1.3. OBJETIVOS

Com a criação do SNS, verificou-se uma melhoria de indicadores de saúde, nomeadamente a mortalidade infantil e a esperança média de vida. No entanto, com as alterações dos estilos de vida, incluindo as alterações dos comportamentos alimentares com reflexo no aumento das DCNT, importará refletir-se sobre a necessidade da definição e implementação de estratégias e políticas públicas, a nível nacional, na área da alimentação e da nutrição.

A presente investigação tem como objetivo geral contribuir para a definição de uma PAN em Portugal. O capítulo 2 pretende dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- descrever a evolução da disponibilidade alimentar em Portugal;
- descrever a evolução da mortalidade das DCNT em Portugal;
- analisar a associação entre a mortalidade por DCNT e a disponibilidade alimentar;
- analisar a associação entre a taxa de crescimento do PIB *per capita*, a disponibilidade alimentar e a mortalidade por DCNT.

O capítulo 3 pretende responder aos seguintes objetivos específicos:

- descrever as medidas de alimentação integradas nas políticas públicas de saúde em Portugal e no contexto Europeu;
- analisar as referências na área da alimentação e nutrição nos programas dos Governos de Portugal;
- sistematizar as recomendações alimentares nacionais;
- analisar a evolução do número de médicos, enfermeiros e nutricionistas.

1.4. LINHA METODOLÓGICA

O presente trabalho articula e analisa dados a nível nacional ao longo de quatro décadas referentes à alimentação e nutrição, à saúde, às condições socioeconómicas do país e às políticas de saúde. Apresenta-se seguidamente a metodologia utilizada para a obtenção e análise da informação em cada uma destas três grandes áreas.

1.4.1. DISPONIBILIDADE ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Para realizar o presente trabalho usaram-se os dados relativos à disponibilidade de nutrientes (proteínas, lípidos e etanol em kg/pessoa/ano), disponibilidade energética (kcal/pessoa/dia) e disponibilidade de alimentos (trigo, milho, batata, arroz, outros cereais, outros tubérculos, leite, hortícolas, fruta, carne de bovino, carne de porco, carne de aves, outras carnes, pescado, peixe, moluscos e crustáceos, leguminosas, óleos vegetais, azeite, manteiga, natas, banha, óleos de peixe, açúcar, adoçantes, mel, vinho, cerveja, outras bebidas alcoólicas), entendidos como produtos primários equivalentes, sendo posteriormente agrupados nos seguintes grupos de acordo com a roda dos alimentos: cereais e tubérculos; produtos hortícolas; fruta; leite; carne, pescado e ovos; gorduras e leguminosas ⁽¹⁰⁵⁾. Acrescentaram-se ainda o grupo das bebidas alcoólicas e dos açúcares e adoçantes. Os dados foram obtidos através das BA publicadas pela FAO (base de dados: FAOSTAT) ⁽¹⁰⁸⁾. Para o cálculo dos hidratos de carbono (HC) foi realizada a subtração do etanol, das proteínas e dos lípidos à energia diária (kcal/pessoa/dia) e convertido para gramas, considerando que 1g de HC equivale a 4 kcal. Posteriormente os dados relativos aos alimentos foram convertidos para g/pessoa/dia para a análise. Foi analisado o caso particular, relativo ao contributo da sacarose para o total de HC (kcal/pessoa/dia).

As BA permitem estimar a disponibilidade anual de alimentos de um país, mostrando estimativas sobre as quantidades e os grupos dos principais alimentos para consumo humano. Por conseguinte, neste trabalho os enunciados “consumo de alimentos” ou “ingestão alimentar” devem entender-se como os alimentos disponíveis para consumo, ou como consumo médio aparente ⁽¹⁰⁹⁾.

Entende-se por BA o instrumento analítico de natureza estatística que permite retratar as disponibilidades alimentares e sua evolução num país, em termos de produtos

alimentares, nutrientes e energia, que tem como período de observação o ano civil e que, em termos de campo de observação, integra todos os produtos da agricultura, pescas e indústria alimentar, cuja principal finalidade seja a alimentação humana, sistematizados na classificação para efeitos de BA. O cálculo das disponibilidades alimentares de cada um dos grupos de produtos alimentares e bebidas estabelece-se com base em equilíbrios entre recursos e empregos a nível tão desagregado quanto possível, sendo traduzidos em termos de quantidade bruta e posteriormente em macronutrientes (proteínas, lípidos, HC, etanol) e energia. Os dados relativos a disponibilidades alimentares da BA incluem as quantidades disponíveis de produtos alimentares e bebidas para consumo dos residentes em Portugal, quer seja a nível dos alojamentos familiares quer fora dos alojamentos (restauração, cantinas, hospitais, prisões, etc.). Assim, os valores de disponibilidade alimentar comportam o somatório dos produtos alimentares produzidos com os importados e são subtraídos os produtos que são para sementeira/ovos para incubação, alimentação animal, utilização industrial, transformação industrial, perdas, variação de existências, bem como para as exportações ⁽¹⁰⁸⁾.

Os dados relativos à evolução da disponibilidade alimentar e nutricional dizem respeito ao período temporal entre 1974 e 2011, sendo estes os dados mais recentes disponibilizados pela FAO, e foram analisados em g/pessoa/dia e de acordo com a percentagem de contribuição para o valor energético total (VET). Foi também estudado o contributo dos grupos de alimentos para o VET (kcal/pessoa/dia), proteínas, lípidos e HC (g/pessoa/dia).

Com a finalidade de agrupar as décadas analisadas nos 40 anos em observação, formaram-se os seguintes períodos: Período I (anos 1974-1983), Período II (1984-1993), Período III (1994-2003) e Período IV (2004-2011). O último Período apenas contempla 8 anos, devido à indisponibilidade de dados mais recentes.

De seguida foi realizado o estudo da variação média da disponibilidade energética e de nutrientes (% do VET) entre os Períodos I, II, III, IV e comparação dos valores médios em cada Período com os valores recomendados pela OMS. A OMS e a FAO preconizaram para a prevenção de doenças crónicas um valor médio de ingestão de proteínas 10-15% do VET, de lípidos 10-30% do VET e de hidratos de carbono 55-75% do VET ⁽¹⁰⁹⁾.

1.4.2. MORTALIDADE

Para a análise da evolução da mortalidade por DCNT, foram utilizados os dados de taxa de mortalidade padronizada pela idade, que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades a uma população padrão cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes) com base na população padrão europeia definida pela OMS. As taxas de mortalidade padronizada pela idade por DCNT, DRC, DCV, cancro e DM foram consideradas e extraídas da base de dados da OMS “*Health for all database*” ⁽²¹⁶⁾, no período de tempo entre 1974 e 2013. A taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT apenas apresenta dados entre 1980 e 2012.

Foram também utilizados os dados das taxas de mortalidade padronizada pela idade menor que 65 e igual ou superior a 65 anos, taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades (no grupo etário), a uma população padrão (no grupo etário) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Os dados sistematizados foram extraídos do INE, nos anos de 1974 a 2013 ⁽²¹⁷⁾.

1.4.3. PRODUTO INTERNO BRUTO

Relativamente aos dados da análise económica, as variáveis PIB *per capita* a preços constantes, Despesas do Estado em saúde em % PIB (PIB Saúde) e Despesas do Estado em prevenção e saúde pública em % do PIB (PIB Prevenção) foram consideradas. O PIB é a medida habitualmente utilizada para avaliar o desempenho de uma economia e compará-la com outras. O PIB *per capita* a preços constantes é a riqueza criada, por pessoa, a preços constantes, no ano civil, em Euro (preços constantes). A variável PIB Saúde, diz respeito à percentagem do PIB gasta em serviços curativos, serviços de prevenção e saúde pública, serviços de administração de saúde e seguros de saúde. A variável PIB Prevenção, compreende a percentagem do PIB gasta em serviços destinados a melhorar o estado de saúde da população de forma distinta dos serviços curativos, cuja principal função é reparar uma disfunção da saúde, isto inclui tipicamente, os programas de vacinação, saúde escolar, banco de sangue e programas de saúde materna. O valor do PIB foi obtido na base de dados do PORDATA ⁽⁵⁰⁾ (entre 1974 e 2014) e os dados do PIB Saúde e PIB Prevenção foram

provenientes da base de dados do Eurostat ⁽²¹⁸⁾, estando apenas disponíveis dados entre 2003 e 2011.

1.4.4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A análise das políticas públicas de saúde, constantes no capítulo 3, foi realizada de acordo com uma metodologia qualitativa, com a realização de um estudo de caso, focado num fenómeno particular (a resposta preconizada pelas autoridades de saúde portuguesas à problemática das DCNT) procurou-se a sua compreensão global, recorrendo a pesquisa documental de fontes escritas oficiais, no horizonte temporal posterior a 1974.

A constituição do *Corpus Documental* para análise partiu, da recolha sistemática sobre os principais documentos estratégicos de saúde associados à alimentação e da consulta de sites oficiais de organismo internacionais (OMS, OCDE, FAO e EU) ⁽²¹⁹⁻²²²⁾ e nacionais (Governo, ACSS e DGS) ⁽²²³⁻²²⁵⁾, no período posterior a 1974.

A seleção final atendeu a critérios de exaustividade, homogeneidade e pertinência, posteriormente analisados quanto à semântica e conteúdos, de modo a obter uma visão ampla e sistematizada de cada um. Em relação à análise semântica, foi construído uma grelha de análise com categorias definidas no processo de pré-análise, correspondentes ao problema - DCNT – e às principais causas em foco no estudo – alimentação e nutrição -, sendo-lhes agregado um conjunto de subcategorias com elas relacionadas. Em relação à análise de conteúdo incidu em particular na identificação das políticas, propostas de estratégias, recomendações ou ações para responder às DCNT.

Foi realizada uma sintetização das recomendações alimentares produzidas em Portugal desde 1974 até 2014, através da pesquisa de documentos produzidos por organismos públicos.

Por fim, foi efetuada a análise da evolução do número de médicos e enfermeiros por cada 100.000 habitantes desde 1974 até 2014, existindo apenas dados disponíveis até 2012, elaborado a partir de dados do INE ⁽¹¹⁸⁾. Foi avaliado o número de nutricionistas através de dados disponibilizados pela Ordem dos Nutricionistas.

A compilação dos dados resultou na construção do friso cronológico, foi utilizado como ponto de partida o ano 1974, ano da Revolução de Abril, e de acordo com os

Governos Constitucionais da II República até ao XIX Governo Constitucional. Analisaram-se as menções na área da nutrição e alimentação dos programas do Governo, tendo sido utilizadas as seguintes palavras chave: nutrição, alimentação, nutriente, nutrimento, alimentar, dieta, dietética, nutricionista, dietista, nutrir. Do friso constam ainda os principais compromissos de saúde associados à alimentação estabelecidos por organizações internacionais, a evolução do SNS, os documentos e programas que refletem medidas no âmbito da alimentação e da nutrição do SNS e a disponibilidade nutricional de 5 em cinco anos desde 1974 até 2011. Para a sua construção foi utilizado o software *MSPowerPoint* 2016.

1.4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados do capítulo 2, foi realizada a representação gráfica da evolução da disponibilidade de alimentos, macronutrientes, energia e contribuição dos alimentos para o valor energético total e para os macronutrientes. A tendência ao longo do tempo foi analisada através de modelos de regressão linear (*breakpoints*). As tendências são descritas por segmentos retos mas onde são permitidas mudanças ao longo do período de estudo (isto é, os segmentos têm diferentes declives). O ano no qual uma mudança na tendência é detetada ao longo do período de estudo é chamado “ponto de mudança” e os “pontos de mudança” significativos são identificados ⁽²²⁶⁾.

Neste estudo, o número de pontos de mudança foi definido de acordo com o Critério de Informação *Bayesiano* (BIC) ⁽²²⁶⁾. Iniciando em 0 pontos de mudança e aumentando um ponto de mudança a cada passo, a melhor solução é identificada quando o aumento do número de pontos de mudança não implica uma diminuição do BIC. Esta análise foi utilizada para estudar a evolução da disponibilidade nutricional e da taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT por 100000 habitantes, através do *software* R versão 3.0.1.

As diferenças na proveniência de energia, macronutrientes e etanol em % VET e de alimentos (kcal/pessoa/dia) nos 4 Períodos de tempo, foram estudadas através do cálculo do valor médio \pm desvio padrão e teste de *Kruskal Wallis*.

A evolução das taxas de mortalidade das principais DCNT e da taxa de mortalidade da DCNT foi analisada através de representação gráfica e através de modelos de regressão linear (*breakpoints*), tal como descrito anteriormente.

A correlação entre as disponibilidades alimentares dos grupos de alimentos com a Taxa de mortalidade por DCNT foi avaliada pelo teste de *Spearman*, sendo realizado o ajuste pelo PIB nos alimentos onde não se verificou colinearidade entre o PIB e o alimento (*Variance Inflation Factor* < 10). A proveniência da energia de fontes animal ou vegetal dos nutrientes nos quatro períodos em relação ao PIB médio desse período foi analisada recorrendo ao teste de *Kruskall Wallis*.

As diferenças do PIB nos 4 Períodos de tempo, foram estudadas através do cálculo do valor médio \pm desvio padrão e teste de *Kruskall Wallis*. A correlação entre o PIB e os alimentos foi realizada recorrendo ao teste de *Spearman*.

Foi efetuada a correlação parcial entre PIB Saúde e as Taxas de Mortalidade referidas anteriormente ajustada para o consumo de tabaco. A informação do uso de tabaco foi obtida da base de dados da OMS “*Health for all database*” ⁽¹¹⁹⁾ e refere-se ao número total de cigarros vendidos/pessoa por ano. A correlação entre PIB Prevenção e as Taxas de Mortalidade mencionadas acima foi realizada através de teste de *Spearman*.

Todos os testes estatísticos foram realizados recorrendo ao *software SPSS v.21* para *Microsoft* e a construção das tabelas e gráficos recorrendo ao *Excel 2007* para *Windows*. Foi considerado como estatisticamente significativa uma diferença $p < 0,05$.

Para a análise dos dados do capítulo 3, foram utilizados documentos em suporte de papel e digital, bem como software para edição de texto e pesquisa e edição de ficheiros PDF (*MSword 2006* e *Adobe Acrobat 7.0 Professional*).

CAPÍTULO 2

2.1. EVOLUÇÃO DA DISPONIBILIDADE ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE 1974 A 2011

2.1.1. DISPONIBILIDADE ALIMENTAR

Para a análise dos grupos de alimentos encontrados na BAP, estes foram agrupados de acordo com o previsto na roda dos alimentos. Foi ainda objeto de análise o grupo designado de açúcares e adoçantes, de bebidas alcoólicas e de outros alimentos, uma vez que estes grupos apresentam um comportamento evolutivo ao longo do período em análise.

Analisando a figura 24, verificamos que, entre 1974 e 2011, ocorreu um crescimento exponencial dos alimentos do grupo do leite, do grupo da carne, pescado e ovos e do grupo da fruta e um crescimento menos acentuado e com várias oscilações ao longo deste período dos alimentos do grupo dos hortícolas; um crescimento menos acentuado e quase constante do grupo das gorduras; um decréscimo acentuado dos alimentos do grupo dos cereais e tubérculos e das bebidas alcoólicas, e uma diminuição da disponibilidade dos alimentos do grupo dos açúcares e adoçantes e do grupo das leguminosas.

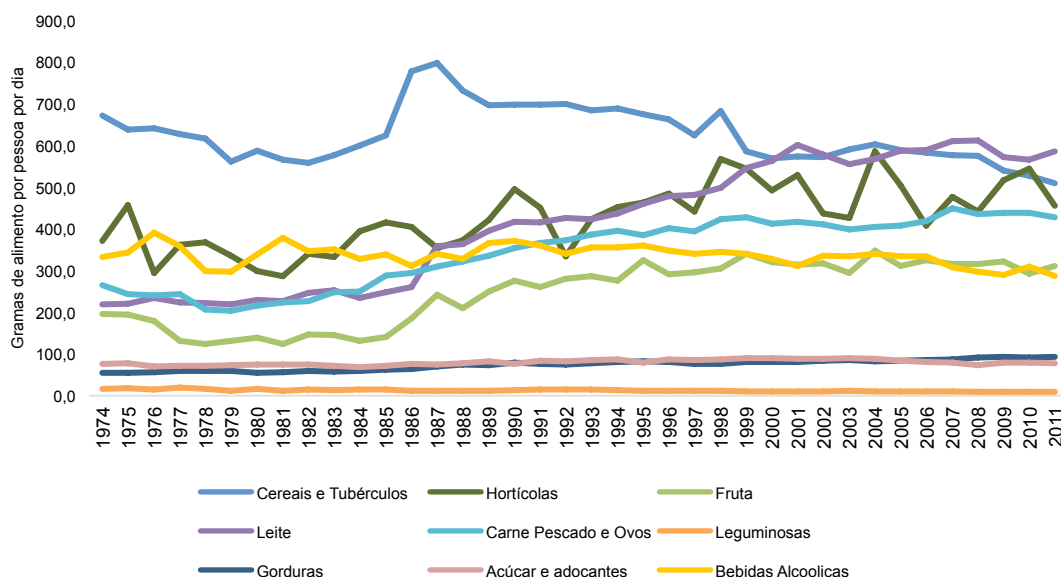


Figura 24 – Evolução da disponibilidade dos grupos de alimentos de 1974 a 2011.

Enfocando a leitura nos vários grupos de alimentos, salienta-se de seguida a evolução havida ao longo do período em estudo.

A disponibilidade de hortícolas apresentou uma tendência crescente até 2004, com um valor máximo neste ano de 585,5 g/pessoa/dia, reduzindo para 455,2 g/pessoa/dia em 2011. No ano de 1974, a disponibilidade foi de 371,6 g/pessoa/dia; em 1984 foi de 394,5 g/pessoa/dia; e em 1994 foi de 452,0 g/pessoa/dia, sendo o valor mais baixo do período em análise de 286,1 g/pessoa/dia em 1981 (figura 24).

A disponibilidade de leite tem vindo a aumentar, tendo mais do que duplicado no período desde 1974. Nesse ano, o valor era de 219 g/pessoa/dia, tendo subindo progressivamente para 234,5 g/pessoa/dia em 1984, para 437,0 g/pessoa/dia em 1994, para 56,7 g/pessoa/dia em 2004 e para 585,6 g/pessoa/dia em 2001, tendo o valor mais elevado sido registado em 2008, com 612,1 g/pessoa/dia; já em 2011, verificou-se uma diminuição para os 585,5 g/pessoa/dia (figura 24).

Na figura 24, observamos ainda que a disponibilidade de fruta aumentou 115,4 g/pessoa/dia de 1974 a 2011. Em 1974, era de 196,1 g/pessoa/dia, tendo reduzido para 131,0 g/pessoa/dia em 1984, e subido para 276,4 g/pessoa/dia em 1994; em 2004, continuou a registar um aumento, tendo atingido o valor máximo do período em análise: 348,0 g/pessoa/dia; por fim, em 2011, registou-se nova descida para valores de 311,5 g/pessoa/dia.

Observa-se ainda uma redução da disponibilidade de cereais e tubérculos: representando 671,5 g/pessoa/dia em 1974, passaram para um valor de 509,3 g/pessoa/dia em 2011; note-se que, nos anos analisados, este foi o valor mínimo de disponibilidade (figura 25). Contudo, observando o comportamento da disponibilidade dos alimentos que integram este grupo, conforme se poderá inferir da figura 27, a batata era o principal alimento disponível deste grupo até ao 1998, tendo-se verificado nessa data uma inversão com o trigo. Salienta-se que a disponibilidade aumentou até 1987, tendo atingido então o seu valor máximo, 417,5 g/pessoa/dia, e foi decrescendo acentuadamente até ao ano 2011, altura em que atingiu o seu valor mínimo, 159,3 g/pessoa/dia. No que respeita ao comportamento dos restantes alimentos deste grupo, destaca-se o trigo, que apresenta uma evolução crescente, tendo sido, em 2011, o principal alimento deste grupo, com uma disponibilidade de 243,2 g/pessoa/dia; observou-se ainda o aumento da disponibilidade do milho, que até 2003 apresentara um decréscimo; no entanto, a partir desse ano, a sua disponibilidade aumentou, tendo passado de 19,5 g/pessoa/dia em 2003 para 44,2 g/pessoa/dia em 2011.

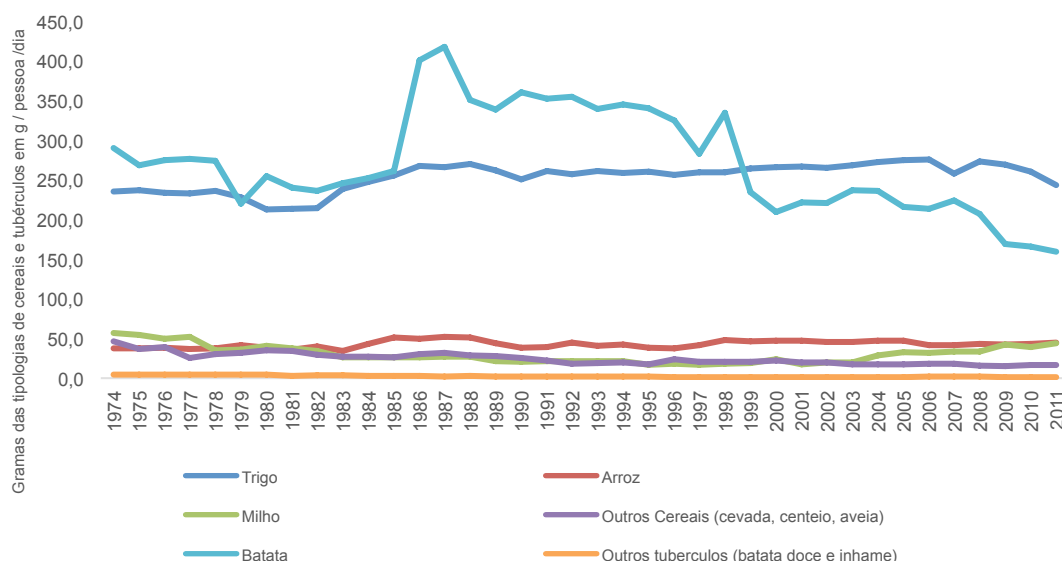


Figura 25 – Evolução da disponibilidade das tipologias de cereais e tubérculos de 1974 a 2011.

As gorduras quase que duplicaram a sua disponibilidade de 1974 a 2011, tendo passado de 55,4 g/pessoa/dia para 93,1 g/pessoa/dia (figura 25).

Analisando a disponibilidade das tipologias de gorduras, verifica-se que os óleos vegetais foram os alimentos que apresentam um maior peso na disponibilidade do grupo das gorduras (figura 26), tendo apresentado uma evolução crescente até 1988, com 46,3 g/pessoa/dia e uma evolução decrescente até 2011 com 34,8 g/pessoa/dia. No que respeita à disponibilidade de azeite, esta aumentou 3,5 g/pessoa/dia no período em análise. Em 1974, era de 17,8 g/pessoa/dia, tendo sofrido uma redução contínua para 11,5 g/pessoa/dia em 1984, e depois subido para 12,5 g/pessoa/dia em 1994 e para 13,3 g/pessoa/dia em 2004. É sem dúvida digno de nota o aumento expressivo que sofre até 2011, para um valor de 21,3 g/pessoa/dia, tendo sido este o valor máximo registado ao longo dos anos em análise (o valor mínimo verificou-se em 1992, com 10,2 g/pessoa/dia). Destaca-se, na disponibilidade destes alimentos, o aumento exponencial da disponibilidade da banha, que passou, a partir de 1984 e até 2011, a ser o segundo alimento com maior peso na disponibilidade das gorduras.

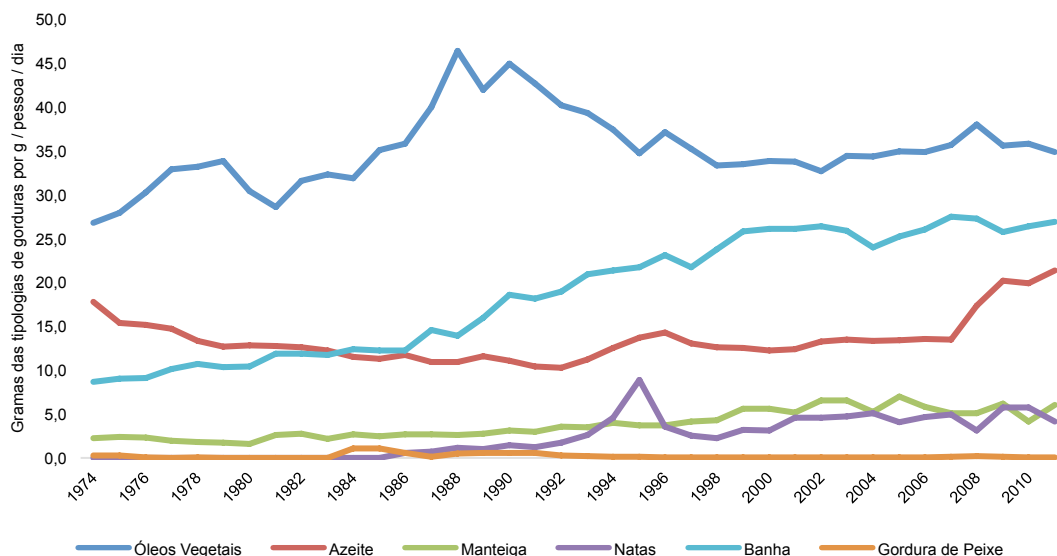


Figura 26 – Evolução da disponibilidade das tipologias das gorduras de 1974 a 2011.

Foi ainda objeto deste trabalho a análise da disponibilidade das gorduras vegetais e das gorduras animais, tendo-se verificado um aumento das gorduras animais desde 1974 até 2011, tendo passado de 10,9 g/pessoa/dia para 37,0 g/pessoa/dia, respetivamente, ou seja, mais do triplo. Nas gorduras vegetais, pese embora se verifique alguma oscilação ao longo deste período, o aumento não foi tão acentuado, tendo passado de 44,5 g/pessoa/dia, em 1974, para 56,1 g/pessoa/dia (figura 27).

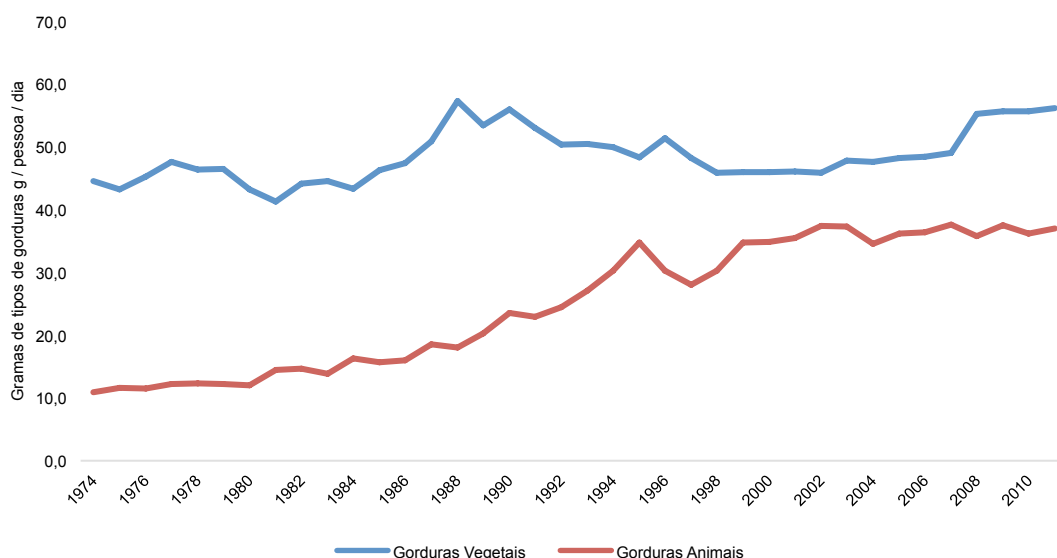


Figura 27 – Evolução da disponibilidade das gorduras tendo em conta a sua origem, animal e vegetal, de 1974 a 2011.

No que respeita ao grupo das carnes, pescado e ovos, analisaremos separadamente as tipologias de carne e as tipologias de pescado. Contudo, em análise prévia da figura 30, verifica-se uma inversão da disponibilidade da carne e do peixe, tendo aumentado exponencialmente o consumo de carne a partir de 1984, ultrapassando a disponibilidade do peixe em 1990. Em relação aos ovos, observa-se um aumento da sua disponibilidade, tendo mais que duplicado (10,6 g/pessoa/dia em 1974 versus 25,1 g/pessoa/dia (figura 28).

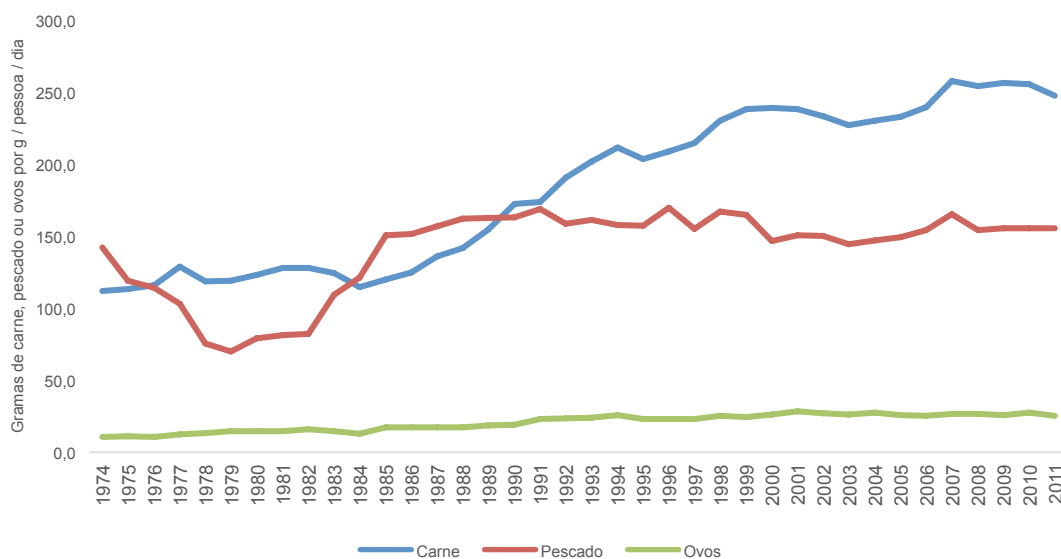


Figura 28 – Evolução da disponibilidade da carne, pescado e ovos, de 1974 a 2011.

A disponibilidade de carne aumentou progressivamente de 1974 para 2011. Em 1974 era de 112,0 g/pessoa/dia, o valor mais baixo do período em análise; aumentou em 1984 para 114,8 g/pessoa/dia, em 1994 para 211,5 g/pessoa/dia, em 2004 para 230,4 g/pessoa/dia. Em 2007, constatou-se o valor mais elevado - 257,7 g/pessoa/dia – tendo diminuído em 2011 para 247,4 g/pessoa/dia (figura 28).

No que concerne às tipologias de carne (figura 29), a carne de bovino teve um aumento progressivo, no período em análise, tendo passado de 36,9 g/pessoa/dia em 1974 para 45,5 g/pessoa/dia. Em 1974, as carnes de bovino, e de porco registaram a maior disponibilidade, seguidas da de frango. Contudo, verificou-se alteração desta disponibilidade ao longo do tempo: em 2011, foi a carne de porco que apresentou maior disponibilidade, seguida da de aves e da de bovino. Valerá a pena notar que a carne de porco e de frango triplicaram a sua disponibilidade ao longo deste tempo: em 1974 o porco contribuía com 37,2 g/pessoa/dia e a carne de aves com 27,6 g/pessoa/dia, tendo passado em 2011 para 111,6 g/pessoa/dia e 79,9 g/pessoa/dia, respetivamente, observando-se um crescimento mais acentuado da carne de aves nos

últimos anos. Realça-se ainda que a partir de 1992 ocorreu acentuado aumento na disponibilidade da carne de aves, tendo ultrapassado a carne de bovino.

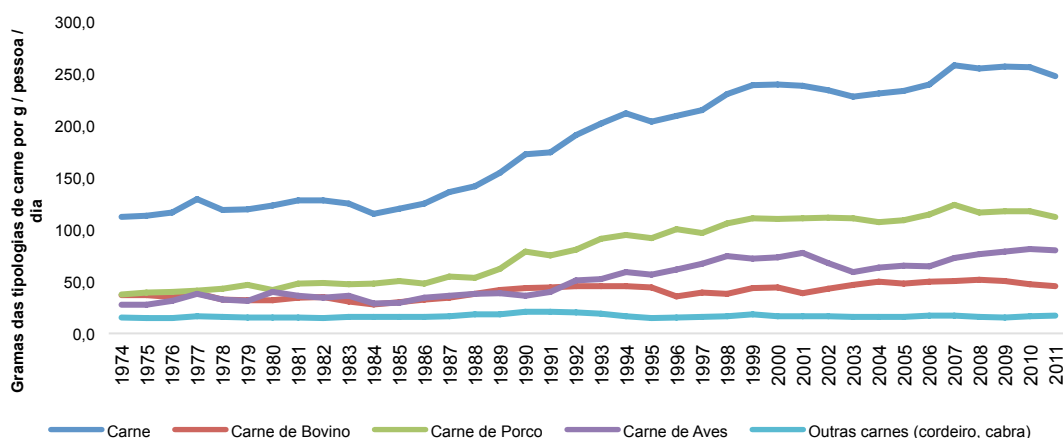


Figura 29 – Evolução da disponibilidade das tipologias de carne de 1974 a 2011.

A disponibilidade de pescado tem sido muito variável ao longo do período analisado (figura 30). Em 1974 a disponibilidade foi de 142,2 g/pessoa/dia, tendo descido para 121,4 g/pessoa/dia em 1984, subido para 157,6 g/pessoa/dia em 1994, voltando a descer para 147,2 g/pessoa/dia em 2004 e retomado a subida para 155,6 em 2011. O valor de disponibilidade mais baixo verificou-se em 1979, com 69,9 g/pessoa/dia e o mais elevado em 1996, com 169,7 g/pessoa/dia.

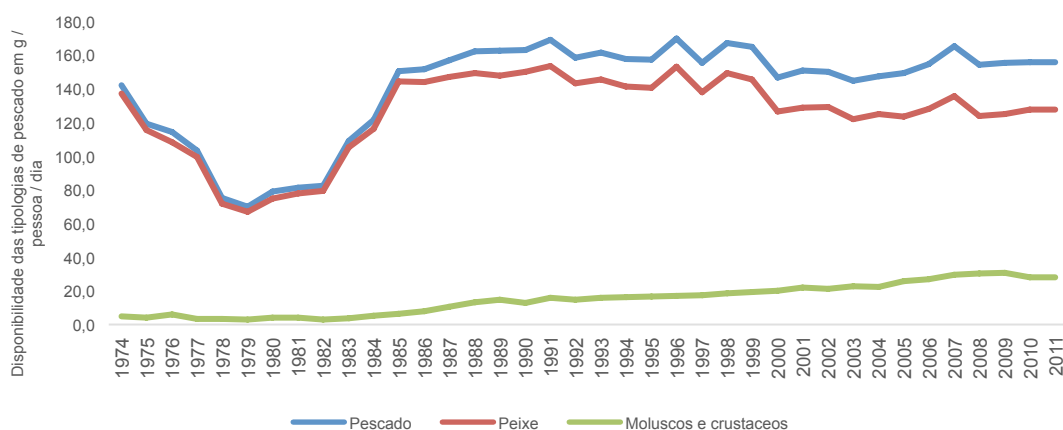


Figura 30 – Evolução da disponibilidade das tipologias de peixe de 1974 a 2011.

A disponibilidade de açúcar, que em 1974 era de 76,2 g/pessoa/dia, passou, em 2011, a ser de 76,6 g/pessoa/dia. Contudo, ao longo do período em análise assistiu-se a variações na disponibilidade de açúcar com um valor mínimo em 1976, de 70,0 g/pessoa/dia, e um valor máximo de 90,0 g/pessoa/dia, em 2003. Quanto aos

edulcorantes assistiu-se a um grande aumento da sua disponibilidade, com 0,2 g/pessoa/dia em 1974, tendo subido progressivamente até 4,1 g/pessoa/dia em 1994, 7,2 g/pessoa/dia em 2004 e 10,9 g/pessoa/dia em 2011. O mel teve um aumento gradual, representando 0,8 g/pessoa/dia em 1974 e 2,0 g/pessoa/dia em 2004 e tendo mantido este valor em 2011 (figura 31).

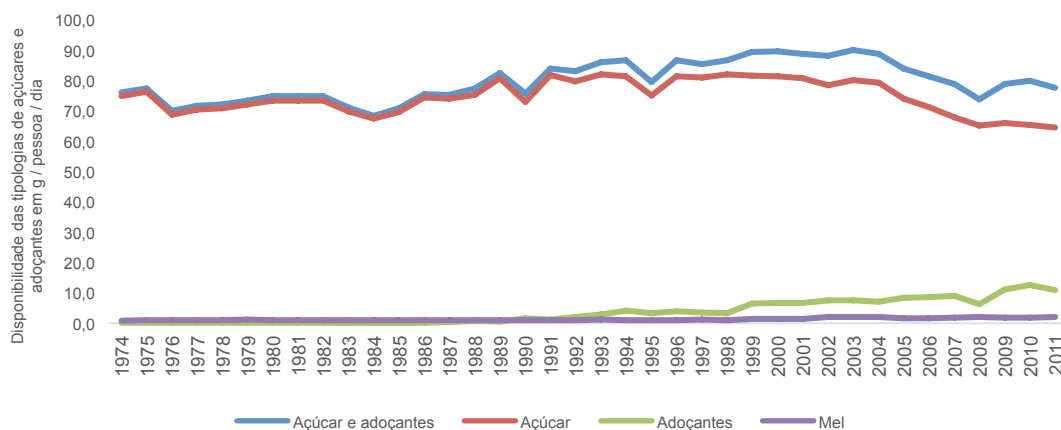


Figura 31 – Evolução da disponibilidade das tipologias de açúcares e adoçantes de 1974 a 2011.

A disponibilidade de bebidas alcoólicas (figura 32) reduziu de 332,8 g/pessoa/dia em 1974 para 287,0 g/pessoa/dia em 2011, tendo este sido este o menor valor no período em análise e tendo o valor mais elevado sido registado em 1976, com 390,2 g/pessoa/dia. Analisando a disponibilidade de vinho e de cerveja, será possível verificar que em 1988 ocorreu uma inversão do padrão de consumo, tendo deixando o vinho de ser a bebida alcoólica mais disponível, sendo substituído neste sentido pela cerveja.

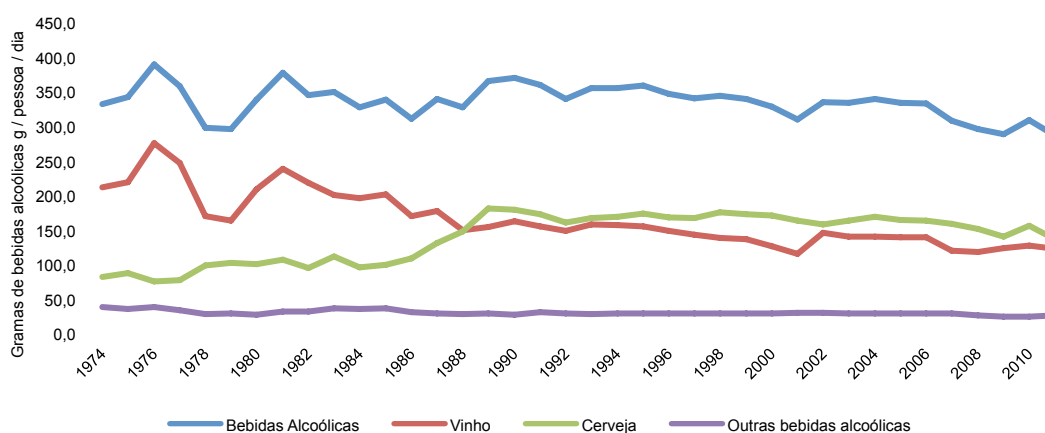


Figura 32 – Evolução da disponibilidade das tipologias de bebidas alcoólicas de 1974 a 2011.

Na figura 33 e na tabela 8 pode-se verificar a evolução na disponibilidade dos grupos de alimentos de acordo com pontos de mudança ótimos, de 1974 a 2011. Em relação à disponibilidade de cereais e tubérculos verificaram-se 5 pontos de mudança (imagem 1): entre 1974 e 1981 houve uma diminuição (velocidade anual = 15 g/pessoa/dia); seguiu-se um aumento entre 1982 e 1985 (velocidade anual = 16 g/pessoa/dia); entre 1986 e 1990 ocorreu uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 26 g/pessoa/dia); entre 1991 e 1998 houve uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 6 g/pessoa/dia); entre 1999 e 2006 ocorreu um aumento da disponibilidade (velocidade anual = 3 g/pessoa/dia); por fim, entre 2006 e 2011, observou-se uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 18 g/pessoa/dia). Em relação à disponibilidade de hortícolas (imagem 2), verificou-se uma disponibilidade crescente entre 1974 e 2011 (velocidade anual = 6 g/pessoa/dia). No caso da disponibilidade de fruta, verificaram-se 3 pontos de mudança (imagem 3): entre 1974 e 1978 houve uma diminuição (velocidade anual = 21 g/pessoa/dia); entre 1979 e 1985 houve um ligeiro aumento (velocidade anual = 1 g/pessoa/dia); entre 1986 e 1994 houve um aumento mais acentuado (velocidade anual = 11 g/pessoa/dia); entre 1995 e 2011 houve uma estabilização na disponibilidade (velocidade anual = 0 g/pessoa/dia). Para a disponibilidade de leite (imagem 4) foi possível encontrar 4 pontos de mudança: entre 1974 e 1986 houve um aumento na disponibilidade (velocidade anual = 3 g/pessoa/dia); entre 1987 e 1996 houve um aumento (velocidade anual = 12 g/pessoa/dia); entre 1997 e 2001 verificou-se a continuação do aumento da disponibilidade, tendo esta atingido a maior velocidade (velocidade anual = 31 g/pessoa/dia); entre 2002 e 2006 observou-se continuidade do aumento da disponibilidade, mas com menor velocidade (velocidade anual = 6 g/pessoa/dia); por fim, entre 2007 e 2011, houve uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 10 g/pessoa/dia). Relativamente à disponibilidade da carne, pescado e ovos (imagem 5) verificam-se 5 pontos de mudança: entre 1974 e 1979 houve diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 12 g/pessoa/dia); entre 1980 e 1984 houve um aumento da disponibilidade (velocidade anual = 9 g/pessoa/dia); entre 1985 e 1994 houve um aumento a uma maior velocidade (velocidade anual = 12 g/pessoa/dia); entre 1995 e 1999 continuou a aumentar a disponibilidade, mas a uma menor velocidade (velocidade anual = 11 g/pessoa/dia); entre 2000 e 2006 houve uma estabilização na disponibilidade (velocidade anual = 0 g/pessoa/dia); entre 2007 e 2011 houve uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 4 g/pessoa/dia). Nas gorduras verificam-se 3 pontos de mudança na disponibilidade (imagem 6), sempre com uma tendência crescente mas diferentes velocidades: entre 1974 e 1979 (velocidade anual = 0,9 g/pessoa/dia); entre 1980 e 1986 (velocidade anual = 1,4

g/pessoa/dia); entre 1987 e 1996 (velocidade anual = 1,2 g/pessoa/dia) e entre 1997 e 2011 (velocidade anual = 1,2 g/pessoa/dia). Por fim, em relação à evolução da disponibilidade de leguminosas, não se identificaram pontos de mudança, sendo que entre 1974 e 2011 houve uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 0,2 g/pessoa/dia).

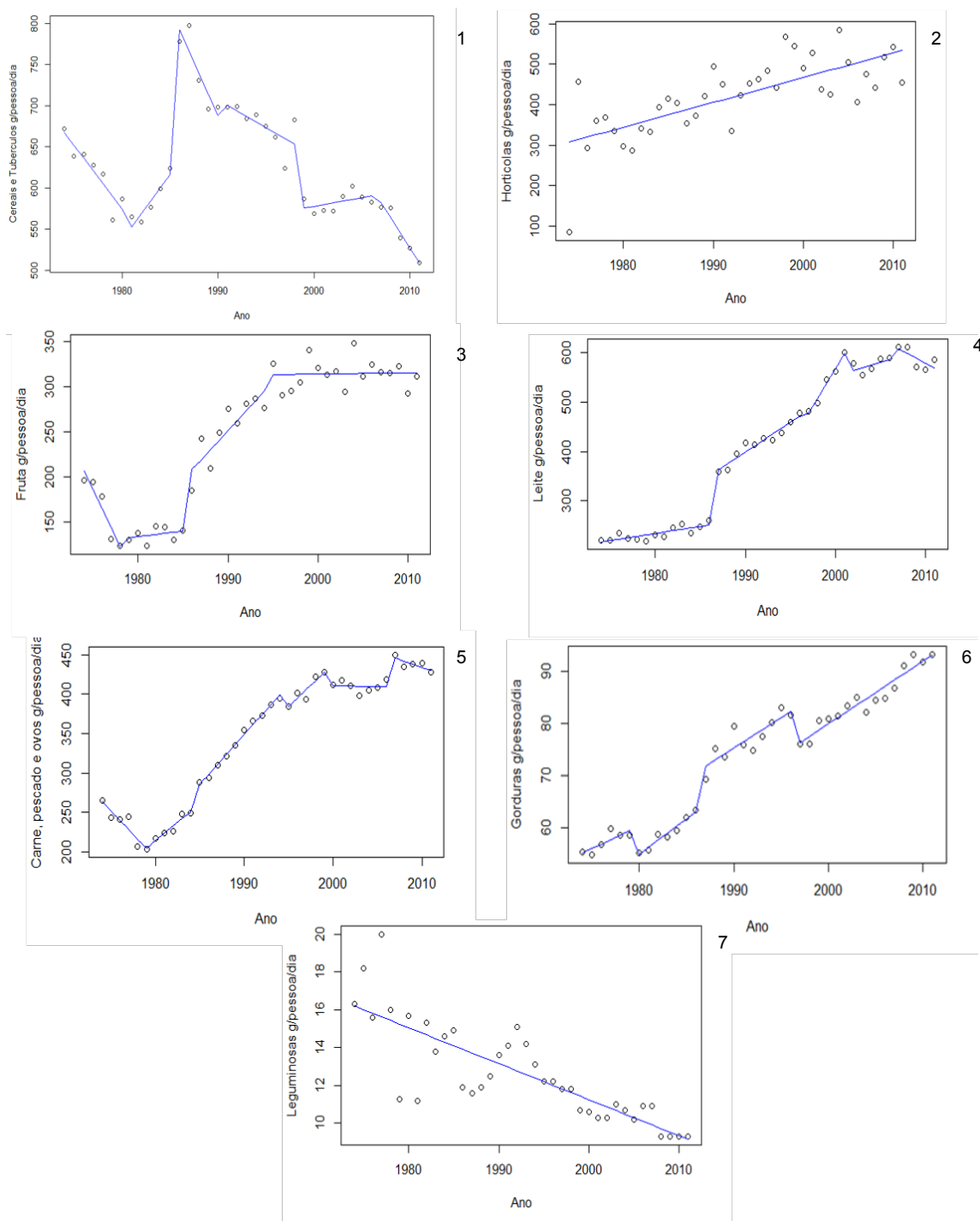


Tabela 8 – Evolução da disponibilidade de cereais e tubérculos, hortícolas, fruta, leite, carne pescado e ovos, gordura e leguminosas, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.

Período	Ponto de Mudança (IC95%)	Velocidade de Crescimento por Ano Beta (IC95%)
Cereais e Tubérculos		
1974-1981	1980 (1979-1981)	<i>Ref</i> [-15 (-2;-9)]
1982-1985	1985 (1984-1986)	31 (2;43)
1986-1990	1990 (1989-1994)	-11 (-2;2)
1991-1998	1998 (1997-1999)	9 (8;17)
1999-2006	2006 (2005-2007)	18 (10; 26)
2006-2011		-3 (-2;9)
Hortícolas		
1974-2011		<i>Ref</i> [6(4;8)]
Fruta		
1974-1978	1978 (1977-1979)	<i>Ref</i> [-21 (-30;-11)]
1979-1985	1985 (1984-1986)	22 (10; 34)
1986-1994	1994 (1993-1995)	32 (21; 43)
1995-2011		21 (11; 31)
Leite		
1974-1986	1986 (1985-1987)	<i>Ref</i> [3 (1;5)]
1987-1996	1996 (1995-1997)	9 (6; 12)
1997-2001	2001 (2000-2002)	28 (20; 35)
2002-2006	2006 (2002-2007)	3 (-5; 10)
2007-2011		-13 (-20; -5)
Carne, pescado e ovos		
1974-1979	1979 (1978-1980)	<i>Ref</i> [-12 (-15;-8)]
1980-1984	1984 (1983-1985)	21 (15;26)
1985-1994	1994 (1993-1995)	24 (21;28)
1995-1999	1999 (1998-2002)	23 (17;28)
2000-2006	2006 (2005-2007)	12 (7;16)
2007-2011		8 (2; 14)
Gorduras		
1974-1979	1979 (1978-1980)	<i>Ref</i> [0,9 (0,03; 2)]
1980-1986	1986 (1984-1987)	0,5 (-0,6; 2)
1987-1996	1996 (1995-1997)	0,3 (-0,6; 1)
1997-2011		0,3 (-0,5; 1)
Leguminosas		
1974-2011		<i>Ref</i> [-0,2 (-0,2;-0,1)]

Na figura 34 e na tabela 9 pode verificar-se a evolução na disponibilidade das bebidas alcoólicas e do açúcar e adoçantes, de acordo com pontos de mudança ótimos, de 1974 a 2011. Em relação à disponibilidade de bebidas alcoólicas, verificou-se 1 ponto de mudança (imagem 1): entre 1974 e 1980 houve uma diminuição (velocidade anual = 1 g/pessoa/dia); de 1980 a 2011 a disponibilidade estabilizou (velocidade anual = 0 g/pessoa/dia). Relativamente à disponibilidade de açúcar e adoçantes, verificaram-se 2 pontos de mudança (imagem 2): entre 1974 e 1985 houve uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 0,4 g/pessoa/dia); entre 1986 e 2004 verificou-se um aumento na disponibilidade (velocidade anual = 0,6 g/pessoa/dia); por fim, entre 2005 e 2011 houve uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 0,8 g/pessoa/dia).

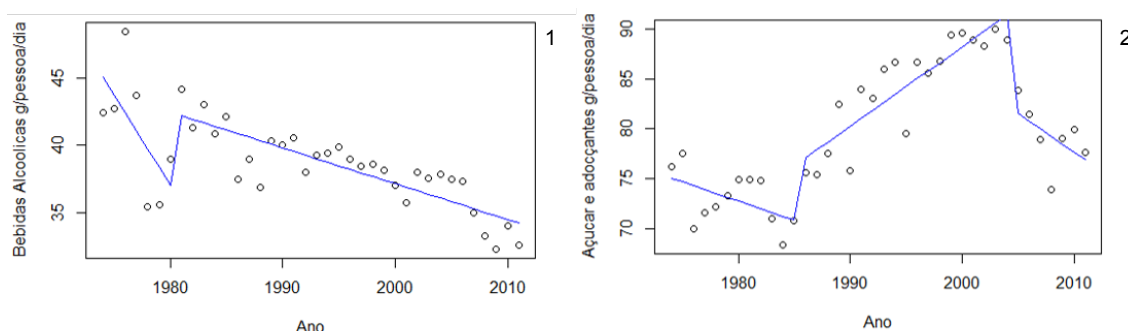


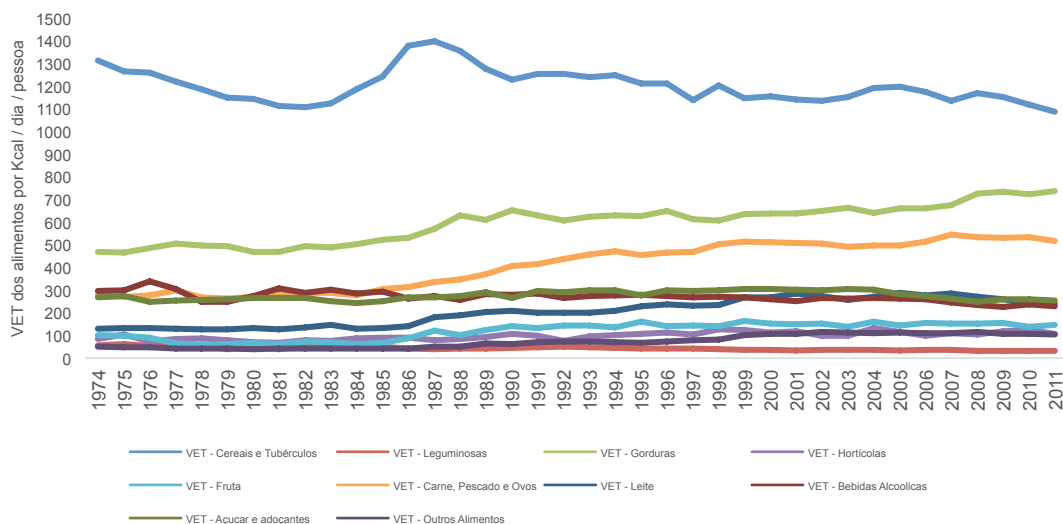
Figura 34 – Evolução da disponibilidade das bebidas alcoólicas (1) e do açúcar e adoçantes (2), de acordo com pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011

Tabela 9 – Evolução da disponibilidade das bebidas alcoólicas (1) e do açúcar e adoçantes (2), de acordo com pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011

Período	Ponto de Mudança (IC95%)	Velocidade de Crescimento por Ano Beta (IC95%)
Bebidas Alcoólicas		
1974-1980	1980 (1979- 1995)	<i>Ref</i> [-1 (-2;-0,5)]
1981-2011		1 (0,3; 2)
Açúcar e adoçantes		
1974-1985	1985 (1984-1989)	<i>Ref</i> [-0,4 (-1;0,1)]
1986-2004	2004 (2003-2005)	1 (0,7; 1,7)
2005-2011		-0,4 (-1,5; 0,7)

2.1.2. CONTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE ALIMENTOS PARA O VALOR ENERGÉTICO TOTAL E PARA OS MACRONUTRIENTES

A análise da evolução da contribuição dos vários grupos de alimentos para o VET permite verificar que ao longo dos anos os cereais e tubérculos sempre foram o grupo que mais contribuiu para o VET, tendo-se verificado contudo uma tendência de diminuição ao longo dos anos. Por outro lado, é de notar que o grupo das gorduras e das carnes, pescado e ovos foram progressivamente aumentando a sua contribuição para o VET (figura 35 e anexo 1).



Legenda: VET – Valor Energético Total

Figura 35 – Contribuição dos grupos de alimentos para o Valor Energético Total, de 1974 a 2011.

Os diversos grupos de alimentos concorrem, de forma diferente, para os macronutrientes. O grupo de alimentos que mais contribuiu para as proteínas foram os cereais e tubérculos em 1974, tendo alterado para a carne, pescado e ovos a partir de 1989 (figura 36).

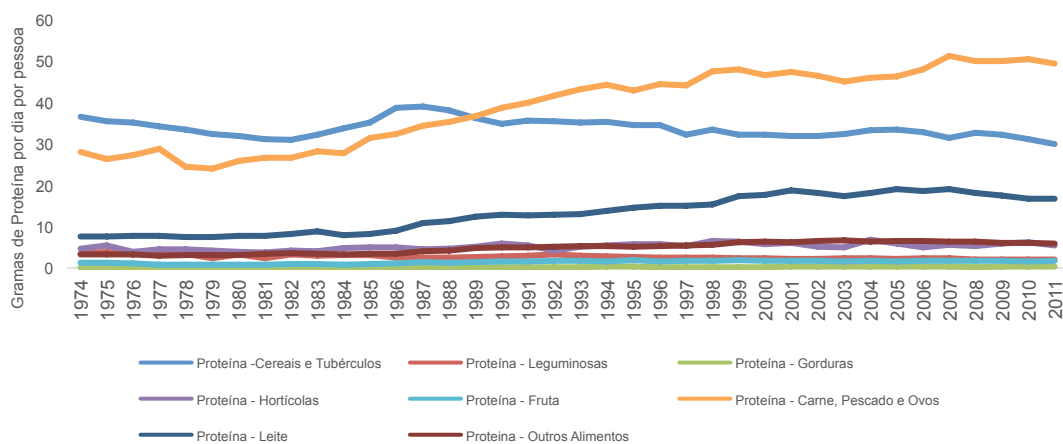


Figura 36 - Contribuição dos grupos de alimentos para as proteínas, de 1974 a 2011

O grupo que mais contribuiu para o fornecimento de lípidos foi o das gorduras, que registou uma tendência crescente ao longo dos anos. Será no entanto de notar um aumento progressivo do contributo do grupo do leite e, principalmente, do grupo da carne, pescado e ovos, sobretudo a partir da década de oitenta, com um ligeiro abrandamento nos últimos anos (figura 37).

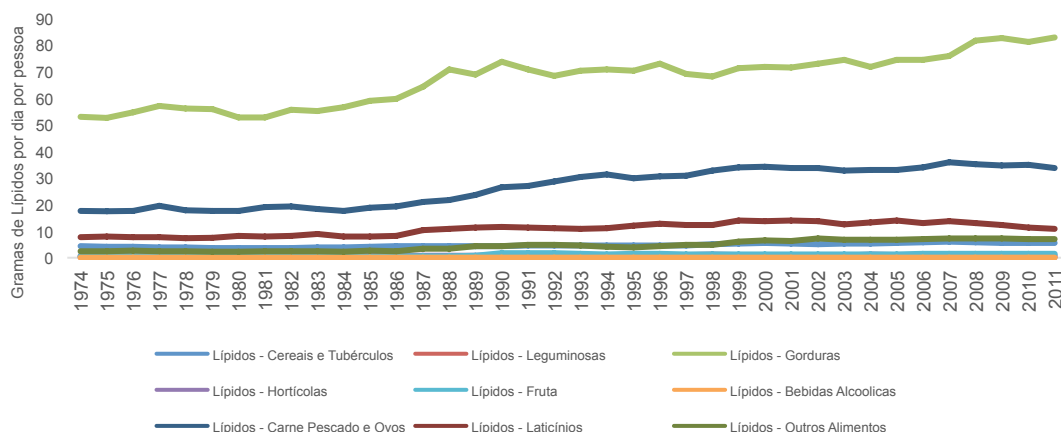


Figura 37 – Contribuição dos grupos de alimentos para os lípidos, de 1974 a 2011.

Relativamente aos HC (figura 38), verifica-se que o grupo dos cereais e tubérculos é o que sempre representou a contribuição maior para este nutriente, mas com valores que têm vindo a diminuir sistematicamente desde 1987. Os outros grupos de alimentos têm mantido uma contribuição sem assinaláveis alterações.

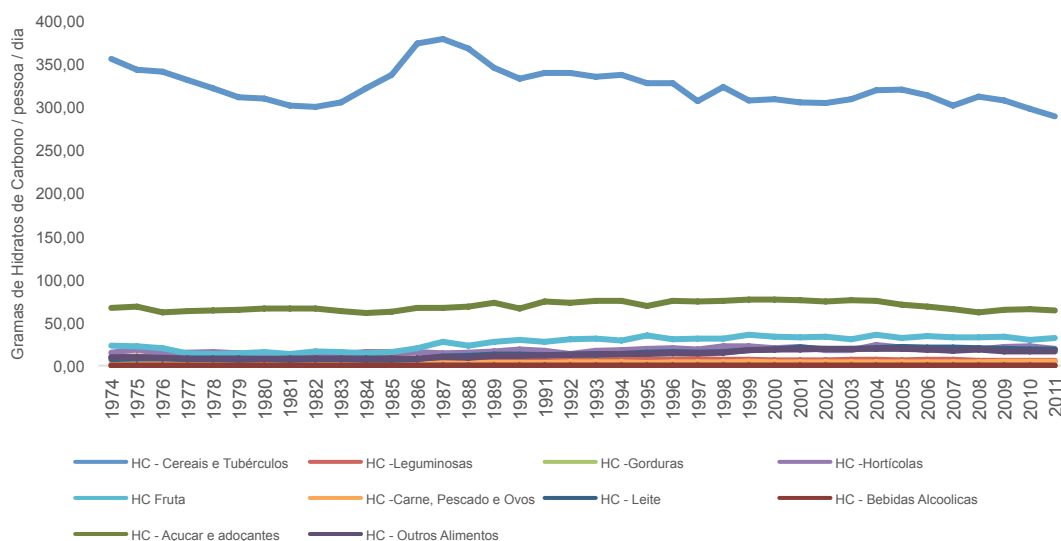


Figura 38 – Contribuição dos grupos de alimentos para os hidratos de carbono, de 1974 a 2011.

2.1.3. DISPONIBILIDADE NUTRICIONAL E DE ETANOL

Ao longo do período estudado, registou-se um aumento da disponibilidade energética por dia e por pessoa, tendo-se verificado um aporte energético de 3050 kcal em 1974 e de 3456 kcal em 2011, ou seja, um aumento de 406 kcal/dia/pessoa (figura 39). Esta

contribuição energética resultou da diminuição do contributo dos HC, que em 1974 representava 54% do valor energético total (VET) - em 2011 este macronutriente representava 43% -, aumento do contributo das proteínas (11% versus 13%) e da gordura (26% versus 37%) e diminuição do contributo do etanol (10% versus 7%).

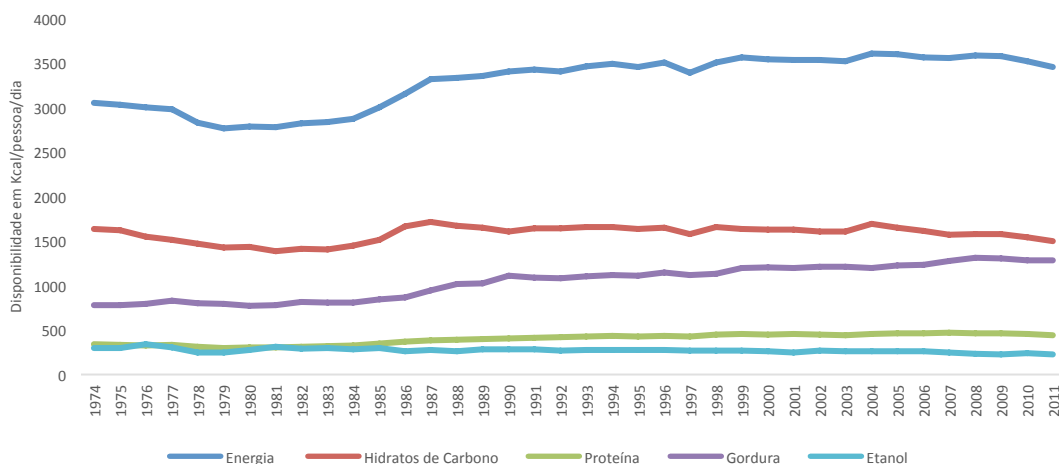


Figura 39 – Evolução da disponibilidade de energia, macronutrientes e etanol, de 1974 a 2011.

Como se visualiza na figura 40 e na tabela 10, em relação à disponibilidade de proteínas verificou-se 4 pontos de mudança (imagem 1): entre 1974 e 1980 houve uma diminuição (velocidade anual = 2 g/pessoa/dia), tendo-se seguido um aumento entre 1981 e 1986 (velocidade anual = 3 g/pessoa/dia), e tendo continuado a aumentar a uma menor velocidade entre 1987 e 2001 (velocidade anual = 1 g/pessoa/dia); entre 2002 e 2006 verificou-se um aumento (velocidade anual = 1 g/pessoa/dia); por fim, entre 2007 e 2011 houve uma diminuição na disponibilidade (velocidade anual = 1,8 g/pessoa/dia). Em relação à disponibilidade de lípidos, verificaram-se 3 pontos de mudança (imagem 2): entre 1974 e 1984 houve um aumento na disponibilidade (velocidade anual = 22 g/pessoa/dia), tendo-se verificado entre 1985 e 1990 a uma velocidade maior (velocidade anual = 28 g/pessoa/dia); depois, entre 1991 e 2011, registou-se uma velocidade menor (velocidade anual = 23 g/pessoa/dia). No caso da disponibilidade de etanol (imagem 3), apenas se encontra um ponto de mudança ao longo do período analisado, sendo que o primeiro segmento é entre 1974 e 1980, onde a disponibilidade decresceu (velocidade anual = 1 g/pessoa/dia), tendo-se, entre 1981 e 2011, estabilizado a disponibilidade (velocidade anual = 0 g/pessoa/dia). Para a disponibilidade de HC (imagem 4) verificaram-se 3 pontos de mudança: entre 1974 e 1980 a disponibilidade decresceu (velocidade = 10 kcal/pessoa/dia); entre 1981 e 1985 começou a aumentar (velocidade anual = 7 g/pessoa/dia); de 1986 e 2003 diminuiu (velocidade anual = 1 g/pessoa/dia); no último

período, entre 2004 e 2011, continuou a diminuir (velocidade anual = 6 g/pessoa/dia). Por fim, em relação à evolução da disponibilidade de energia, identificam-se 3 pontos de mudança (imagem 5): entre 1974 a 1981 diminuiu a disponibilidade (velocidade anual = 47 g/pessoa/dia); entre 1982 e 1986 a disponibilidade aumentou (velocidade anual = 83 g/pessoa/dia); entre 1987 e 2003 aumentou a uma velocidade menor (velocidade anual = 14 g/pessoa/dia; por fim, no último período, entre 2004 e 2011, existiu uma diminuição da disponibilidade (velocidade anual = 17 g/pessoa/dia).

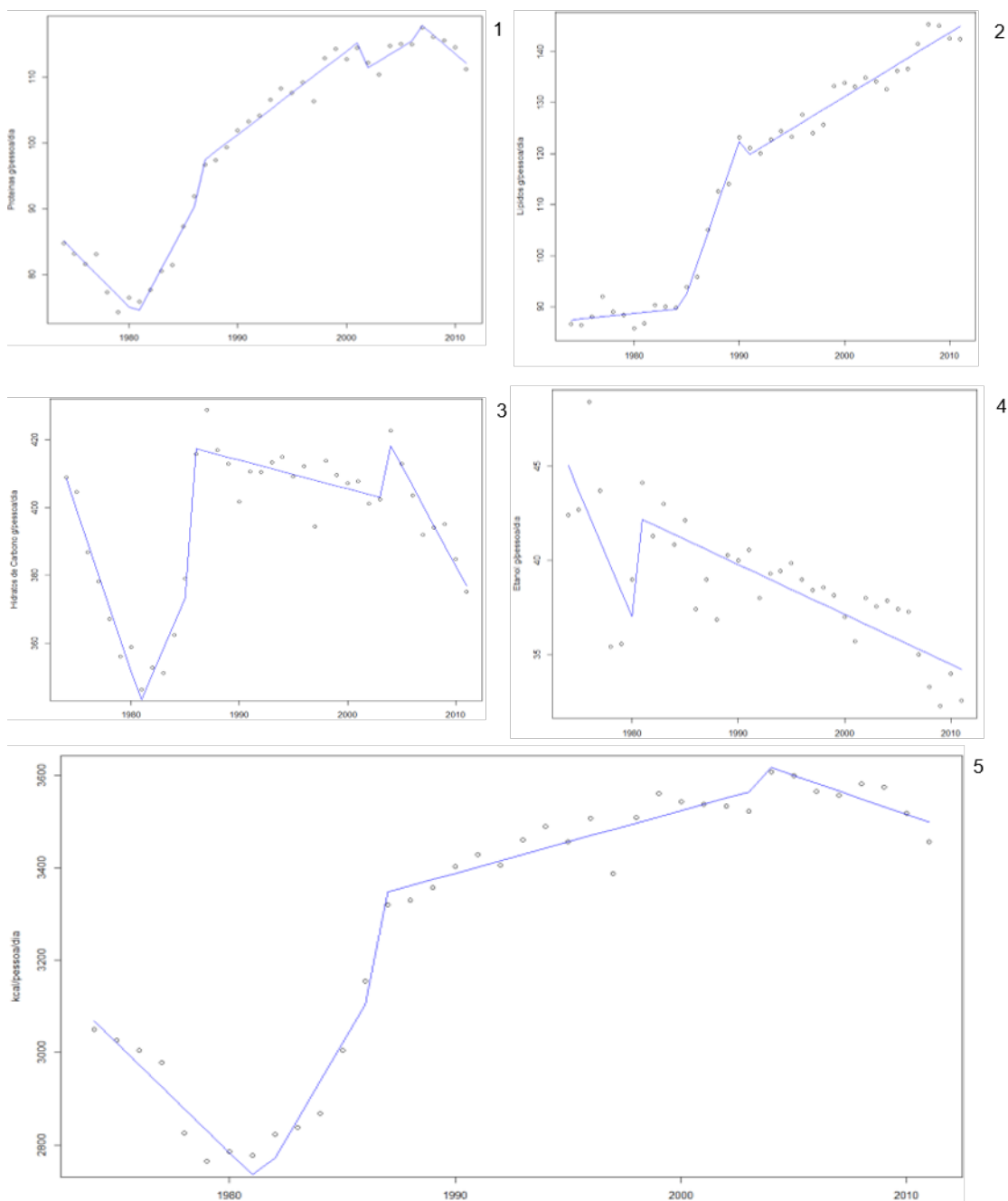


Figura 40 – Evolução da disponibilidade de proteínas (1), lípidos (2), hidratos de carbono (3), etanol (4) e energia (5), de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.

Tabela 10 – Evolução da disponibilidade de proteínas, lípidos, etanol, hidratos de carbono e energia, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.

Período	Ponto de Mudança (IC95%)	Velocidade de Crescimento por Ano Beta (IC95%)
Energia		
1974-1981	1981 (1980-1982)	Ref [-47 (-60;-34)]
1982-1986	1986 (1985-1987)	130 (101;160)
1987-2003	2003 (2002-2004)	61 (47;74)
2004-2011		30 (12;49)
Proteínas		
1974-1980	1980 (1979-1981)	Ref [-2 (-2;-1)]
1981-1986	1986 (1985-1987)	5 (4;6)
1987-2001	2001 (2000-2004)	3 (2;4)
2002-2006	2006 (2005-2007)	3 (1;4)
2007-2011		0,2 (-9;1)
Lípidos		
1974-1984	1984 (1983-1985)	Ref [22 (-21;1)]
1985-1990	1990 (1990-1991)	6 (5; 7)
1991-2011		1 (0,6; 1)
Hidratos de Carbono		
1974-1980	1980 (1979-1981)	Ref [-10 (-12;-7)]
1981-1985	1985 (1984-1986)	17 (13; 21)
1986-2003	2003 (2001-2004)	9 (6; 11)
2004-2011		4 (1; 7)
Etanol		
1974-1980	1980 (1979-1995)	Ref [-1 (-2;-1)]
1981-2011		1 (0; 2)

Ao longo do tempo em análise, o VET aumentou progressivamente de década para década, tendo havido, entre a média dos anos do período I e do período IV, um aumento de 669,8 Kcal/pessoa/dia (tabela 11). O mesmo se verifica para a contribuição energética das proteínas e dos lípidos (↑1,9% e ↑8,0%, respetivamente), tendo-se observado, pelo contrário uma diminuição do contributo energético dos HC (↓6,7%).

Tabela 11 – Variação da disponibilidade energética dos macronutrientes, excluindo o etanol, entre as décadas 1974-1983, 1984-1993, 1994-2003 e 2004-2011.

	Período I 1974-1983	Período II 1984-1993	Variação Grupo I vs Grupo II	Período III 1994-2003	Variação Grupo II vs Grupo III	Período IV 2004-2011	Variação Grupo III vs IV	Variação 1974-1983 vs 2004-2011
VET (kcal)	2887,7	3273,2	↑385,5	3504,4	↑231,2	3557,5	↑53,1	↑669,8
%VET Proteínas	11,0%	11,9%	↑0,8%	12,7%	↑0,8%	12,9%	↑0,3%	↑1,9%
%VET Lípidos	27,5%	30,2%	↑2,7%	33,2%	↑3,0%	35,5%	↑2,3%	↑8,0%
%VET Hidratos de Carbono	51,4%	49,5%	↓1,9%	46,5%	↓3,0%	44,7%	↓1,8%	↓6,7%

Legenda: VET – Valor Energético Total

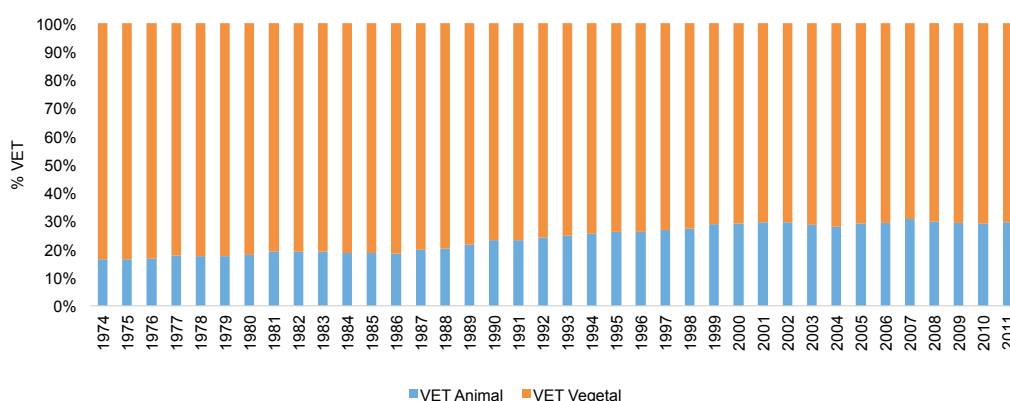
Comparando estes valores com as recomendações para a ingestão adequada de macronutrientes da OMS, nas décadas analisadas verifica-se que o contributo energético das proteínas se encontra dentro das recomendações e o contributo energético dos HC abaixo das recomendações. No caso dos lípidos, na década 1974-1983 observa-se que o seu contributo energético foi inferior às recomendações, tendo-se invertido a situação nas restantes décadas (tabela 12).

Tabela 12 – Comparação das recomendações da Organização Mundial da Saúde de 2003 com a disponibilidade energética dos macronutrientes, nas décadas 1974-1983, 1984-1993, 1994-2003 e 2004-2011.

	Recomendação OMS 2003	Período I	Período II	Período III	Período IV
		1974-1983	1984-1993	1994-2003	2004-2011
%VET Proteína	10-15%	Incluído	Incluído	Incluído	Incluído
%VET Lípidos	10-30%	↓ 2,50%	↑ 0,20%	↑ 3,20%	↑ 5,50%
%VET Hidratos de Carbono	55-75%	↓ 3,60%	↓ 5,50%	↓ 8,50%	↓ 10,30%

Legenda: VET – Valor Energético Total

Analisando a evolução da contribuição do valor energético de proveniência animal e vegetal para o valor energético total desde 1974 até 2011, é possível constatar um aumento contínuo e constante da contribuição energética de proveniência animal, sendo que em 1974 era de 16% e 84% do VET para os produtos de origem vegetal e animal, respetivamente, tendo passado, em 2011, para 29% e 71% do VET para os produtos de origem vegetal e animal, respetivamente (figura 41).



Legenda: VET – Valor Energético Total

Figura 41 – Evolução da contribuição do valor energético de proveniência animal e vegetal para o valor energético total de 1974 a 2011.

Analisando a evolução da contribuição energética dos macronutrientes e do etanol para o valor energético total (VET), mediante a sua proveniência animal ou vegetal, desde 1974 até 2011, verificam-se alterações expressivas (figura 42).

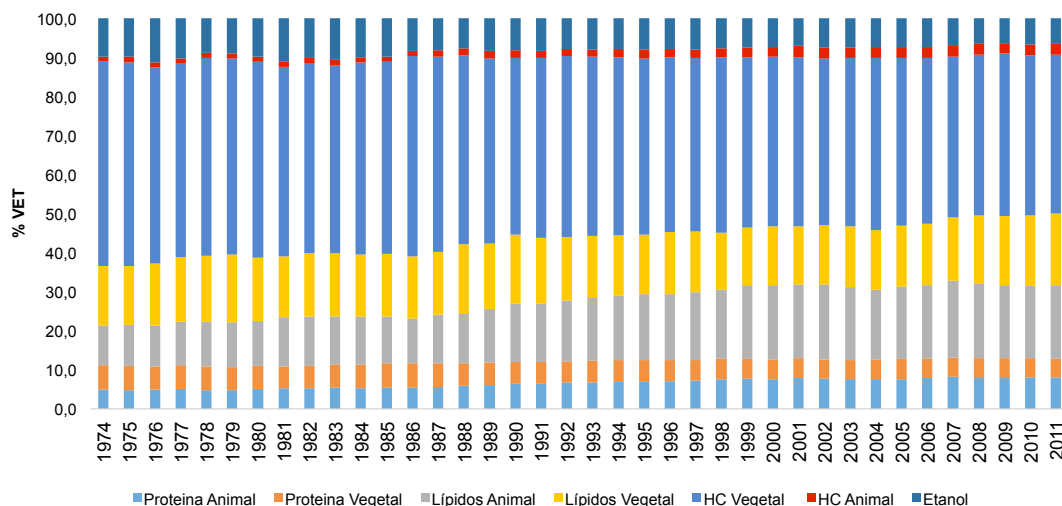
As proteínas de proveniência animal tiveram um aumento progressivo e as proteínas de origem vegetal uma redução constante. Assim, as proteínas de origem animal passaram de uma contribuição de 4,9% do VET, em 1974, para 5,2% em 1984, para 7,0% em 1994, 7,4% em 2004 e 8,0% em 2011. Por seu lado, as proteínas de origem vegetal passaram de 6,2% do VET, em 1974, para 6,1% em 1984, 5,5% em 1994, 5,3% em 2004 e 4,9% em 2011.

Os lípidos de origem animal apresentaram um aumento de 8,6% no VET de 1974 para 2011 e os lípidos de origem vegetal tiveram um aumento de 3,0% no VET ao longo das quatro décadas. Assim, os lípidos de proveniência animal representavam 10,2% do VET em 1974, tendo passado para 12,2% em 1984, para 16,6% em 1994, para 17,7% em 2004 e 18,8% em 2011. Os lípidos de proveniência vegetal contribuíram com 15,3% para o VET em 1974, tendo passado para 15,9% em 1984, reduzindo para 15,5% em 1994 e para 15,4% em 2004, e subindo para 18,3% em 2011.

Os HC, na sua globalidade, reduziram a sua contribuição para o VET devido à acentuada redução da contribuição dos HC de proveniência vegetal, que reduziu 11,6% a sua contribuição de 1974 para 2011, já que os HC de origem animal apresentaram um ligeiro aumento de 1,4%. Assim, em 1974 os HC de origem vegetal contribuíam com 52,3% para o VET, em 1984 49,2%, em 1994 com 45,5%, em 2004 com 44,1% e em 2011 com 40,7%. Os HC de origem vegetal representavam 1,3% do VET em 1974, tendo mantido em 1984, subindo para 2,0% em 1994 e depois para 2,7% em 2004, valor mantido em 2011.

A disponibilidade energética proveniente do etanol reduziu nas últimas quatro décadas. Em 1974, representava 9,7% do VET; em 1984 subiu para 10,0%, tendo reduzido para 7,9% em 1994, para 7,3% em 2004 e 6,6% em 2011.

No ano da criação do SNS, em 1979, a contribuição energética dos macronutrientes e do etanol era a seguinte: proteínas de proveniência animal 4,8% do VET; proteínas de proveniência vegetal 5,9% do VET; lípidos de proveniência animal 11,5% do VET; lípidos de proveniência vegetal 17,3 % do VET; HC de proveniência vegetal 50,2% do VET; HC de proveniência animal 1,3% do VET e o etanol representando 9,0% do VET.



Legenda: VET – Valor Energético Total

Figura 42 – Evolução da contribuição do valor energético de proveniência animal e vegetal dos diferentes macronutrientes para o valor energético total (1974 a 2011).

Como foi possível observar anteriormente, entre 1974 e 2011 houve uma diminuição do contributo energético dos HC. No entanto, a partir de 1975, uma média de 276 kcal/pessoa/dia passou a proceder do açúcar, entendendo-se como sacarose. Esta disponibilidade de açúcar atingiu o mínimo em 1984, ano em que o seu contributo para o VET foi de 243 kcal/pessoa/dia, e o máximo nos anos de 1999 e 2000, com o contributo de 305 kcal/pessoa/dia para o VET (figura 43).

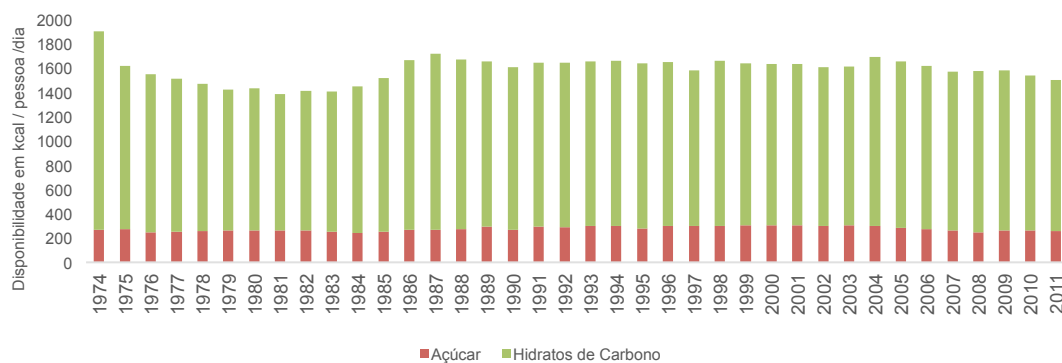


Figura 43 – Evolução da disponibilidade de valor energético de açúcar e de hidratos de carbono, de 1974 a 2011.

Analisando a disponibilidade de energia, em quatro grupos de anos, verifica-se que, entre a média de disponibilidade de kcal/pessoa/dia, houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) em todos os grupos, mediante a análise de *Kruskal-Wallis* (tabela 13).

De 1974 a 1983, houve uma disponibilidade média de energia de $2887,7 \pm 113,4$ kcal/pessoa/dia, de acordo com a seguinte distribuição: $144,8 \pm 7,1$ kcal/pessoa/dia e $173,0 \pm 11,3$ kcal/pessoa/dia de proteínas de origem animal e vegetal, respetivamente (representando $5,0 \pm 0,2\%$ e $6,0 \pm 0,2\%$ do VET, respetivamente); $328,8 \pm 16,5$ kcal/pessoa/dia e $465,9 \pm 17,6$ kcal/pessoa/dia de lípidos animal e vegetal, respetivamente (representando $11,4 \pm 0,9\%$ e $16,1 \pm 0,7\%$ do VET, respetivamente); $39,1 \pm 2,1$ kcal/pessoa/dia e $1445,1 \pm 89,3$ Kcal/pessoa/dia de HC animal e vegetal, respetivamente (representando $11,4 \pm 0,9\%$ e $16,1 \pm 0,7\%$ do VET, respetivamente); $291,0 \pm 27,9$ kcal/pessoa/dia do etanol (representando $10,0 \pm 0,8\%$ do VET).

De 1984 a 1993, houve uma disponibilidade média de energia de $3273,2 \pm 198,6$ kcal/pessoa/dia, o que representou um aumento de quase 400 kcal/pessoa/dia em relação ao período anterior e apresentou alterações substanciais com aumento da contribuição energética de todos os macronutrientes de proveniência animal: as proteínas animais contribuíram com $198,1 \pm 28,6$ kcal/pessoa/dia ($6,0 \pm 0,5\%$ do VET); os lípidos animais $447,6 \pm 76,3$ kcal/pessoa/dia ($13,6 \pm 1,7\%$ do VET); os HC animais $55,5 \pm 11,9$ kcal/pessoa/dia ($1,7 \pm 0,3\%$ do VET). Os nutrientes de proveniência vegetal reduziram a sua contribuição para o VET, com a exceção dos lípidos vegetais, que representaram $540,8 \pm 47,5$ kcal/pessoa/dia ($16,5 \pm 0,7\%$ do VET). As proteínas vegetais reduziram para $189,9 \pm 6,4$ kcal/pessoa/dia ($5,8 \pm 0,3\%$ do VET), os HC vegetais para $1565,2 \pm 72,5$ kcal/pessoa/dia ($47,9 \pm 2,0\%$ do VET) e o etanol para $276,1 \pm 11,6$ Kcal/pessoa/dia ($8,5 \pm 0,8\%$ do VET).

No período de 1994 a 2003, a disponibilidade energética voltou a aumentar (mais de 200 kcal/pessoa/dia, face à década anterior e mais de 600 kcal/pessoa/dia face às duas décadas anteriores) para um valor médio de $3504,4 \pm 50,6$ Kcal/pessoa/dia, graças ao aumento da contribuição da disponibilidade de todos os macronutrientes de proveniência animal da seguinte forma: proteínas de origem animal $259,8 \pm 13,2$ Kcal/pessoa/dia ($7,4 \pm 0,3\%$ VET); lípidos de origem animal kcal/pessoa/dia $629,1 \pm 41,9$ ($17,9 \pm 1,0\%$ VET) e HC animal $85,7 \pm 10,6$ kcal/pessoa/dia ($2,4 \pm 0,3\%$ VET). A disponibilidade da contribuição energética de todos os macronutrientes de proveniência vegetal foi reduzida da seguinte forma: as proteínas de origem vegetal com $183,7 \pm 4,7$ kcal/pessoa/dia ($5,3 \pm 0,2\%$ VET); os lípidos de origem vegetal com $535,7 \pm 12,1$ kcal/pessoa/dia ($15,3 \pm 0,4\%$ VET) os HC de origem vegetal $1543,5 \pm 30,2$ com kcal/pessoa/dia ($44,1 \pm 1,0\%$ VET) e o etanol $267,2 \pm 8,5$ kcal/pessoa/dia ($7,6 \pm 0,3\%$ VET).

No último período em análise, de 2004 a 2011, a disponibilidade média energética voltou a subir, agora não tão acentuadamente, para um valor de 3557,5±49,5 kcal/pessoa/dia (cerca 50 Kcal/pessoa/dia face ao período anterior e cerca 700 kcal/pessoa/dia face ao primeiro período em análise).

A contribuição de todos os macronutrientes de proveniência animal voltou a subir da seguinte forma: as proteínas de origem animal 280,0±7,8 kcal/pessoa/dia (7,9±0,3% do VET); os lípidos de origem animal para 665,4±18,2 kcal/pessoa/dia (18,7±0,5% do VET); os HC de origem animal para 98,7±4,2 kcal/pessoa/dia (2,8±0,1% do VET). Quanto à contribuição energética dos macronutrientes de proveniência vegetal, todos viram a sua disponibilidade reduzida, com a exceção dos lípidos, da seguinte forma: as proteínas de origem vegetal com 179,9±6,7 kcal/pessoa/dia (5,1±0,1% do VET); os lípidos de origem vegetal com 597,3±37,6 kcal/pessoa/dia (16,8±1,2% do VET); os HC de origem vegetal com 1491,5±58,6 kcal/pessoa/dia (41,9±1,2% do VET) e o etanol com 244,8±16,0 Kcal/pessoa/dia (6,9±0,4% do VET).

Tabela 13 – Média de energia disponível por períodos de tempo dos macronutrientes e do etanol e percentagem de energia que aportam.

Período	I		II		III		IV		
Período	1974-1983		1984-1993		1994-2003		2004-2011		
VET	2887,7±113,4	%	3273,2±198,6	%	3504,4±50,6	%	3557,5±49,5	%	p
Proteínas Animal	144,8±7,1	5,0±0,2	198,1±28,6	6,0±0,5	259,8±13,2	7,4±0,3	280,0±7,8	7,9±0,3	<0,001
Proteínas Vegetal	173,0±11,3	6,0±0,2	189,9±6,4	5,8±0,3	183,7±4,7	5,3±0,2	179,9±6,7	5,1±0,1	0,002
Lípidos Animal	328,8±16,5	11,4±0,9	447,6±76,3	13,6±1,7	629,1±41,9	17,9±1,0	665,4±18,2	18,7±0,5	<0,001
Lípidos Vegetal	465,9±17,6	16,1±0,7	540,8±47,5	16,5±0,7	535,7±12,1	15,3±0,4	597,3±37,6	16,8±1,2	<0,001
HC Animal	39,1±2,1	1,4±0,1	55,5±11,9	1,7±0,3	85,7±10,6	2,4±0,3	98,7±4,2	2,8±0,1	<0,001
HC Vegetal	1445,1±89,3	50,0±1,4	1565,2±72,5	47,9±2,0	1543,5±30,2	44,1±1,0	1491,5±58,6	41,9±1,2	0,008
Etanol	291,0±27,9	10,0±0,8	276,1±11,6	8,5±0,8	267,2±8,5	7,6±0,3	244,8±16,0	6,9±0,4	0,001

Legenda: VET – Valor Energético Total; HC – Hidratos de Carbono; valores em Kcal/pessoa/dia

Analisando a disponibilidade de alguns alimentos, em quatro grupos de anos, verificou-se que, entre a média de disponibilidade de kcal/pessoa/dia, houve diferenças estatisticamente significativas ($p<0,001$) mediante a análise de *Kruskall-Wallis* (tabela 14).

A contribuição energética dos cereais e tubérculos diminuiu ao longo dos quatro períodos analisados, da seguinte forma: 1188,9±72,8 kcal/pessoa/dia (41,2% do VET), no período de 1974-1983; para 1282,1±70,2 kcal/pessoa/dia (39,2% do VET) no período de 1984,1993; para 1174,9±40,2 kcal/pessoa/dia (33,5% do VET) no período de 1994-2004 e para 1153,5±38,2 kcal/pessoa/dia (32,4% do VET) no último período.

No açúcar houve, igualmente, uma redução da contribuição energética, mas não de uma forma tão constante, tendo-se verificado uma redução de 260,9±8,4

kcal/pessoa/dia (9,0% do VET) para 268,1±17,1 kcal/pessoa/dia (7,7% do VET), do primeiro para o último período em análise.

O azeite apresentou uma disponibilidade energética relativamente constante face ao aumento da disponibilidade energética nos períodos analisados, com uma contribuição de 123,1±15,6 kcal/pessoa/dia (4,3% do VET) no primeiro período e no último período 146,4±31,2 kcal/pessoa/dia (4,2% do VET).

A disponibilidade energética proveniente dos hortofrutícolas aumentou no período em análise. No que diz respeito à fruta, o aumento foi de 80,3±10,8 kcal/pessoa/dia (2,8% do VET) no primeiro período, para 90,7±8,9 kcal/pessoa/dia (2,8% do VET) no segundo, para 110,6±9,9 kcal/pessoa/dia (3,2% do VET) no terceiro e para 113,6±11,3 kcal/pessoa/dia (3,2% do VET) no último. Quanto aos hortícolas verificou-se um aumento progressivo de 75,1±16,0 kcal/pessoa/dia (2,6% do VET) no primeiro período para 150,9±7,0 kcal/pessoa/dia (4,3% do VET) no último.

Os laticínios, a carne e o pescado, grandes fornecedores proteicos, apresentaram um aumento muito expressivo no período analisado, com destaque especial do leite, que duplicou a sua disponibilidade energética [de 132,4±6,2 kcal/pessoa/dia (4,6% do VET) para 266,4±18,1 kcal/pessoa/dia (7,6% do VET), do primeiro período para o último, e a carne, que quase duplicou [de 205,8±8,8 kcal/pessoa/dia (7,1% do VET) 395,1±13,5 kcal/pessoa/dia (11,3% do VET), do primeiro para o último período].

Quanto ao peixe, verifica-se um grande aumento da disponibilidade energética do primeiro para o segundo período [de 54,4±9,1 kcal/pessoa/dia (1,9% do VET) para 82,5±6,4 kcal/pessoa/dia (2,5% do VET)] com relativo aumento nos períodos seguintes, mas estabilidade para a contribuição energética total [de 86,1±4,1 kcal/pessoa/dia (2,5% do VET); para 89,1±4,6 kcal/pessoa/dia (2,5% do VET)].

As bebidas alcoólicas reduziram a sua disponibilidade para a contribuição energética de uma forma contínua ao longo do período analisado, passando de 291,0±27,9 kcal/pessoa/dia (10,1% do VET) no período de 1974-1983 para 244,8±16,0 kcal/pessoa/dia (7,0% do VET) no último período.

Tabela 14 – Média de energia disponível por períodos de tempo de alguns alimentos e percentagem de energia que aportam.

	Período I		Período II		Período III		Período IV		<i>p</i> ^a
(kcal/pessoa/dia)	1974-1983		1984-1993		1994-2003		2004-2011		
VET	2887,7±113,4	%	3273,2±198,6	%	3504,4±50,6	%	3557,5±49,5	%	
Cereais e tubérculos	1188,90±72,8	41,2	1282,1±70,2	39,2	1174,9±40,2	33,5	1153,5±38,2	32,4	0,002
Gorduras	484,0±14,9	16,8	588,7±52,4	18,0	635,6±16,9	18,1	695,1±39,1	19,5	<0,001
Azeite	123,1±15,6	4,3	98,0±4,3	3,0	114,7±5,9	3,3	146,4±31,2	4,2	<0,001
Hortícolas	80,3±10,8	2,8	90,7±8,9	2,8	110,6±9,9	3,2	113,6±11,3	3,2	<0,001
Fruta	75,1±16,0	2,6	112,7±30,6	3,4	148,1±9,4	4,2	150,9±7,0	4,3	<0,001
Leite	132,4±6,2	4,6	178,5±31,4	5,5	249,2±24,3	7,1	266,4±18,1	7,6	<0,001
Carne, Pescado e Ovos	279,0±11,5	9,7	367,0±61,3	11,2	489,5±21,9	14,0	520,9±17,5	14,6	<0,001
Carne	205,8±8,8	7,1	257,9±52,0	7,9	367,7±20,4	10,5	395,1±13,5	11,3	<0,001
Pescado	54,4±9,1	1,9	82,5±6,4	2,5	86,1±4,1	2,5	89,1±4,6	2,5	<0,001
Leguminosas	52,4±9,3	1,8	45,8±4,4	1,4	38,8±3,0	1,1	34,3±2,5	1,0	<0,001
Açúcar	260,9±8,4	9,0	247,7±19,5	7,6	298,8±8,5	8,5	268,1±17,1	7,7	<0,001
Bebidas alcoólicas	291,0±27,9	10,1	276,1±11,6	8,4	267,2±8,5	7,6	244,8±16,0	7,0	0,001

^aTeste Kruskal-Wallis, VET – Valor Energético Total

2.2. EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A SUA RELAÇÃO COM A DISPONIBILIDADE ALIMENTAR DE 1974 A 2013

2.2.1. EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Foram analisados os dados existentes referentes à taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT, bem como à taxa de mortalidade padronizada pela idade, padronizada no grupo etário <65 anos e padronizada no grupo etário ≥ 65 anos, das principais DCNT (DM, DCR, DCV e cancro), desde 1974 até 2012.

Ao longo dos anos em análise verifica-se uma redução acentuada da taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT (DCV, DRC, cancro) (figura 44).

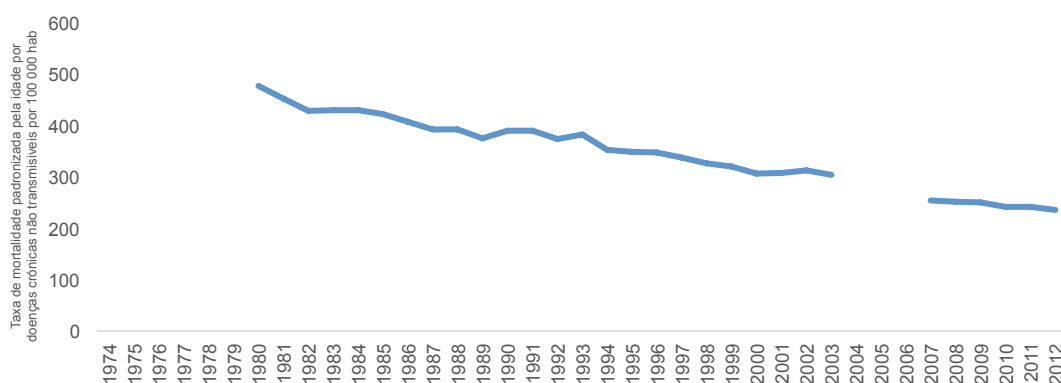


Figura 44 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade por doenças crônicas não transmissíveis.

No que diz respeito às quatro principais DCNT, verifica-se uma tendência de diminuição acentuada das taxas de mortalidade padronizada pela idade nas DCV e nas DRC, uma tendência de estabilização nesta taxa para o cancro, e um aumento na DM.

Analisando individualmente cada uma das DCNT, verifica-se que, no que respeita à DCV, existe uma tendência decrescente das taxas de mortalidade padronizada para a idade (total, 0-64 anos e ≥ 65 anos), ao longo dos anos em análise. De 1974 a 2013, a taxa de mortalidade padronizada para a idade total passou de 542,32 para 143,90

óbitos por 100 000 habitantes; a taxa de mortalidade padronizada para a idade < 65 anos passou de 112,57 para 24,33 óbitos por 100 000 habitantes; e a 2013 a taxa de mortalidade padronizada para a idade ≥ 65 anos passou de 4019,41 a 1111,32 óbitos por 100 000 habitantes (figura 45).

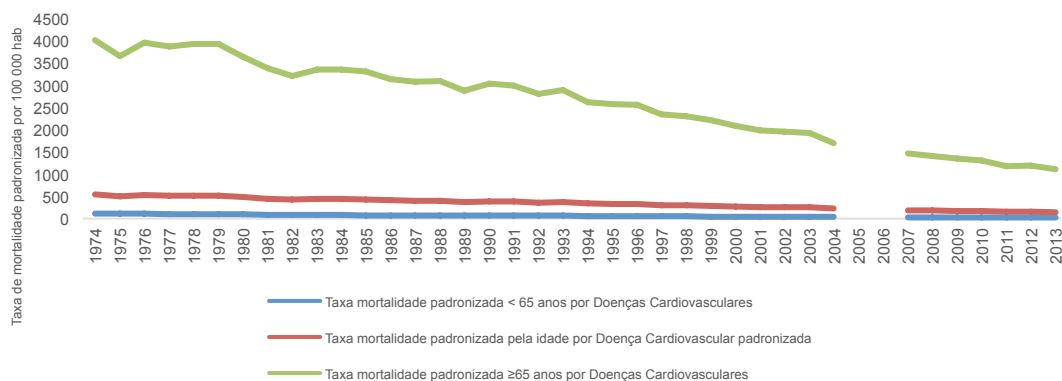


Figura 45 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, < 65 anos e ≥ 65 anos por Doença Cardiovascular por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.

Nas DRC, observa-se uma redução acentuada da taxa de mortalidade padronizada para a idade ao longo dos 40 anos em análise, pese embora existam algumas variações na população acima dos 65 anos. Destaca-se, contudo, a diminuição de 49,76 para 6,75 óbitos por 100 000 habitantes nas idades entre os 0 e os 65 anos (figura 46).

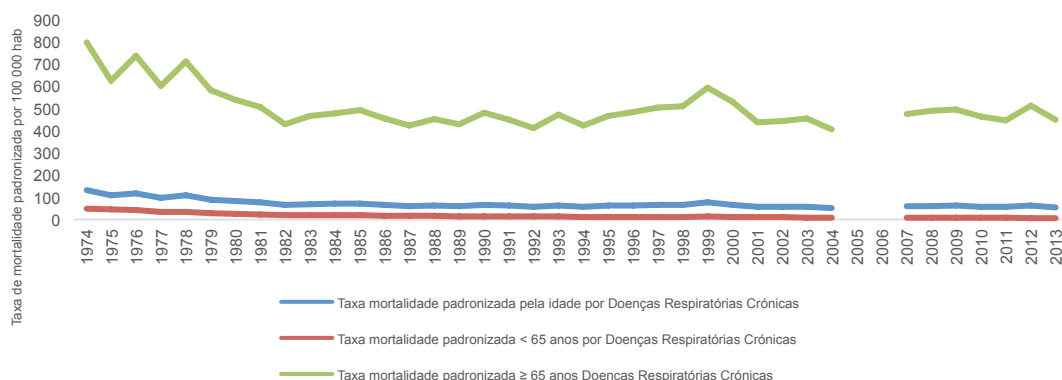


Figura 46 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, < 65 anos e ≥ 65 anos por Doenças Respiratórias Crónicas por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.

As taxas de mortalidade padronizadas pela idade por cancro apresentam comportamento diferente das DCV e das DCR, com ligeiras reduções ao longo dos 40 anos analisados, nesta taxa dos 0 aos 64 anos, e ligeiro aumento acima dos 65 anos, mantendo-se estável a taxa de mortalidade padronizada pela idade. Assim, de 1974 a

2013 a taxa de mortalidade padronizada pela idade total passou de 151,17 para 151,23 óbitos por 100 000 habitantes; a taxa de mortalidade padronizada < 65 anos passou de 76,97 para 67,97 óbitos por 100 000 habitantes; e a 2013 a taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos passou de 751,52 a 825,72 óbitos por 100 000 habitantes (figura 47).

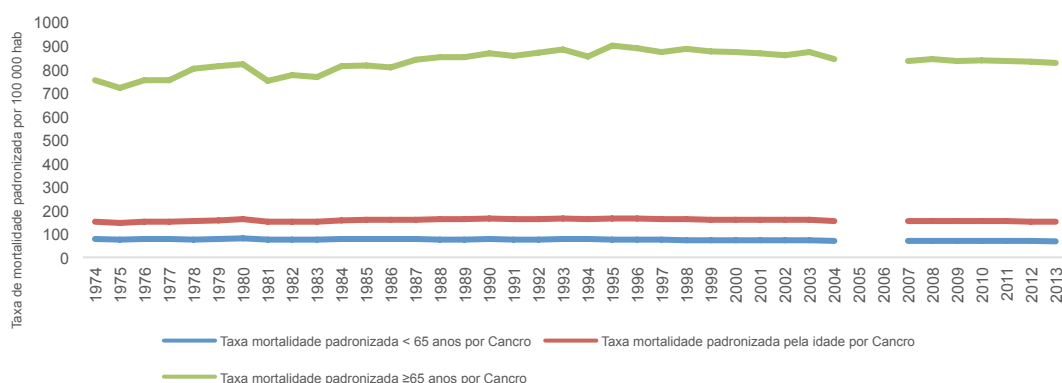


Figura 47 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, < 65 anos e ≥ 65 anos Cancro por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.

A taxa de mortalidade padronizada pela idade da DM (figura 48) revelou um aumento progressivo entre os anos de 1974 e 2013. Comparando os padrões das idades, destacam-se comportamentos diferentes entre esta taxa pelas idades entre os 0 e os 64 anos e acima dos 65 anos. Deste modo, dos 0 aos 64 anos a taxa de mortalidade padronizada pela idade aumentou progressiva e consistentemente até 2004, e a partir de 2007 verificou-se uma ligeira diminuição, tendo a taxa de 2013 ido encontro da taxa de 1974. Já no que diz respeito à taxa de mortalidade padronizada para mais de 65 anos, esta sofreu um decréscimo de 1980 até 1982, tendo aumentado exponencialmente até 1993 com 192,83 óbitos por 100 000 habitantes e voltando a decrescer entre 1994 a 2001; entre 2002 e 2003, observou-se um aumento, tendo sido atingido o pico máximo neste período de 40 anos em 2003, com 212,9 óbitos por 100 000 habitantes. A partir desse ano, verificou-se uma tendência de decréscimo, tendo ocorrido em 2013 170,7 óbitos por 100 000 habitantes. É de realçar, contudo, que a taxa de mortalidade padronizada para a idade passou de 10,24 para 20,99 óbitos por 100 000 habitantes de 1974 para 2013, tendo-se verificado uma duplicação na taxa de mortalidade padronizada para a idade total neste período.

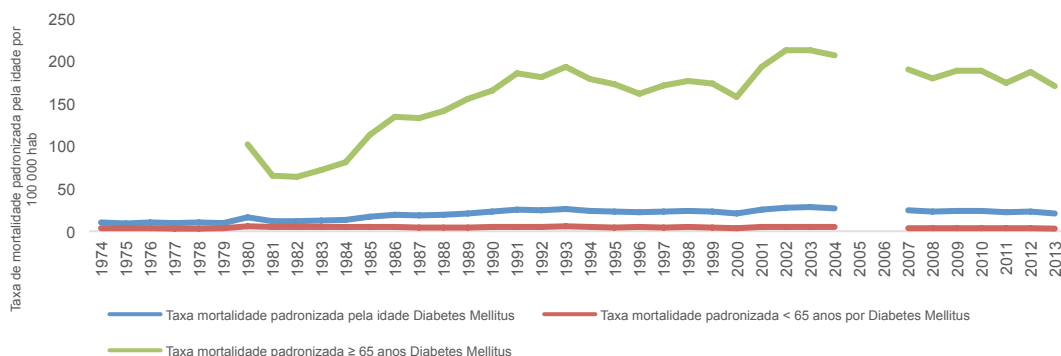


Figura 48 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade, dos < 65 anos e ≥ 65 anos por Diabetes Mellitus por 100 000 habitantes, de 1974 a 2013.

Como podemos verificar na figura 49, na evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT por 100000 habitantes é possível identificar um ponto de mudança.

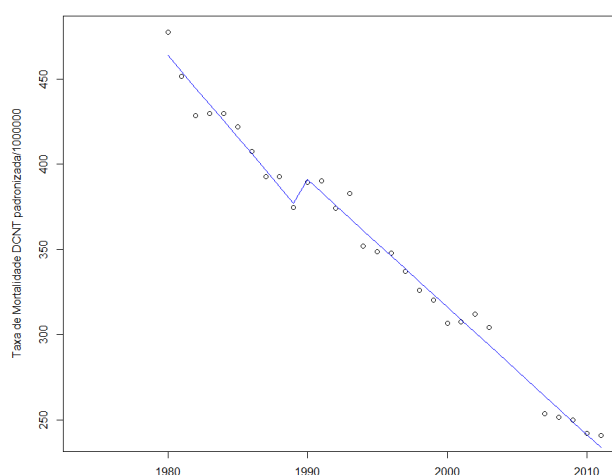


Figura 49 – Figuras de evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade por doenças crónicas não transmissíveis por 100000 habitantes, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.

Assim, entre o período de 1980-1990 existiu uma diminuição da taxa a uma velocidade de 10 óbitos por 100000 habitantes, enquanto que no segundo período, entre 1991 e 2011, a velocidade de diminuição da taxa foi menor (tabela 15).

Tabela 15 – Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade por doenças crónicas não transmissíveis por 100000 habitantes, de acordo com os pontos de mudança ótimos de 1974 a 2011.

Período	Ponto de Mudança (IC95%)	Velocidade de Crescimento por Ano Beta (IC95%)
1980-1990	1990 (1989; 1994)	Ref
1991-2011		[-10 (-11;-8)]
		2 (0,3;4)

2.2.2. RELAÇÃO DA DISPONIBILIDADE ALIMENTAR COM A MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A tabela 16 mostra a correlação parcial entre as taxas de mortalidade padronizada pela idade das principais DCNT e a disponibilidade alimentar, ajustada para o PIB. Ao examinar a associação entre o consumo de alimentos, inferido indiretamente através da disponibilidade alimentar e a taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT, foi possível observar que a maior disponibilidade de gorduras (nomeadamente azeite), leite, carne, pescado e ovos mostra uma associação negativa com a taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT ($p \leq 0,05$). As leguminosas, o açúcar e as bebidas alcoólicas mostram uma associação positiva com a taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT ($p \leq 0,05$).

Tabela 16 – Correlação entre a Taxa de Mortalidade pelas principais DCNT padronizada (100000 hab) e a disponibilidade de alguns alimentos em Portugal de 1974 a 2011.

g/pessoa/dia	Taxa de Mortalidade por Doenças Crónicas Não Transmissíveis ^a					
	Modelo 1			Modelo 2 ^b		
	β (95% CI)	r	p	β (95% CI)	r	p
Cereais e tubérculos	0.369 (0.052; 0.686)	0.417	0.024	0.042 (-0.080; 0.164)	0.137	0.488
Gorduras	-5.465 (-6.291; -4.640)	-0.934	<0.001	-2.291 (-4.066; -0.515)	-0.461	0.013
Azeite	-16.508 (-23.002; -10.013)	-0.708	<0.001	-6.062 (-8.705; -3.418)	-0.679	<0.001
Hortícolas	-0.652 (-0.895; -0.408)	-0.726	<0.001	-0.022 (-0.197; 0.153)	-0.051	0.797
Fruta	-0.789 (-0.993; -0.586)	-0.837	<0.001	0.196 (-0.098; 0.490)	0.260	0.182
Leite	-0.472 (-0.539; -0.406)	-0.942	<0.001			
Carne, Pescado e Ovos	-0.828 (-0.975; -0.680)	-0.912	<0.001			
Carne	-1.225 (-1.403; -1.046)	-0.938	<0.001	0.014 (-1.154; 1.182)	0.005	0.980
Pescado	-1.457 (-2.285; -0.630)	-0.571	0.001	-0.089 (-0.488; 0.310)	-0.090	0.650
Leguminosas	27.972 (20.297; 35.647)	0.821	<0.001	9.048 (3.693; 14.404)	0.563	0.002
Açúcar	-4.510 (-8.215; -0.804)	-0.433	0.019	2.929 (1.671; 4.188)	0.684	<0.001
Bebidas alcoólicas	1.867 (1.027; 2.707)	0.659	<0.001	0.687 (0.371; 1.003)	0.659	<0.001

^a Taxa de mortalidade padronizada por 100000 habitantes;

^b Ajustado para Produto Interno Bruto

2.3. EVOLUÇÃO DO PIB DE 1974 A 2011 E O SEU IMPACTO NA DISPONIBILIDADE ALIMENTAR E NUTRICIONAL E NA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Ao longo do período estudado, verificou-se um aumento do PIB do país ($p<0,001$), tendo-se verificado quase uma duplicação do PIB gerado desde o Período I, ou seja, entre 1974 e 1983, até ao Período IV, os anos de 2004 a 2011 (tabela 17).

Tabela 17 – Evolução do Produto Interno Bruto em Portugal por períodos de tempo desde 1974 até 2011.

	<i>Período I</i>	<i>Período II</i>	<i>Período III</i>	<i>Período IV</i>	<i>p</i>
Período	1974-1983	1984-1993	1994-2003	2004-2011	
PIB	8354,1 \pm 713.8	11207,2 \pm 1683,1	15178,9 \pm 1197,4	16816,9 \pm 271.7	<0,001

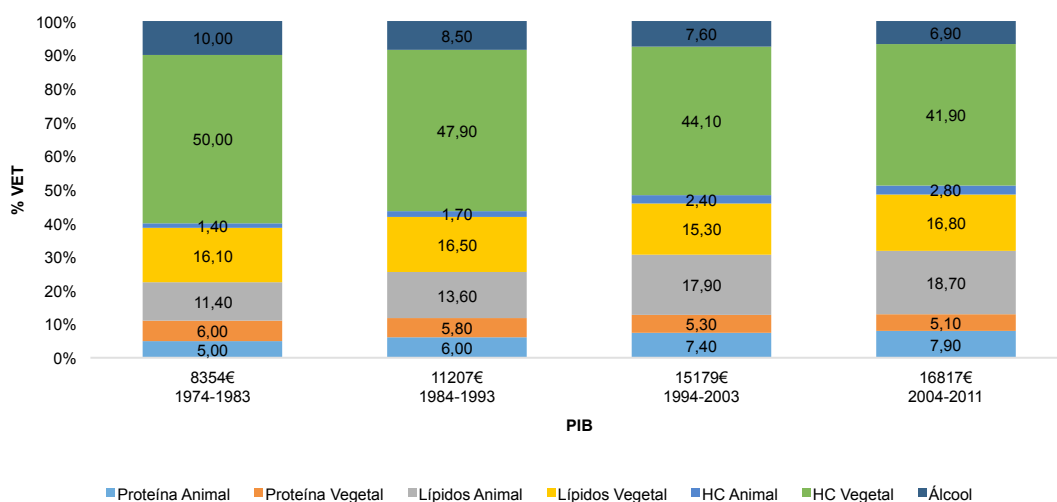
Legenda: PIB – Produto Interno Bruto; Valores de PIB em Euros

O PIB, sendo muitas vezes considerado um indicador da riqueza gerado por uma determinada população, tem uma correlação forte e positiva com a disponibilidade de energia ($r=0,892$, $p<0,001$), com a disponibilidade de proteínas ($r=0,902$, $p<0,001$) e de gordura ($r=0,933$, $p<0,001$), e uma correlação negativa com a disponibilidade de etanol ($r=-0,691$, $p<0,001$) (tabela 18). Em relação à disponibilidade de alimentos, o PIB tem uma associação positiva com a disponibilidade de açúcar ($r=0,625$, $p<0,001$), de hortícolas ($r=0,707$, $p<0,001$), de fruta ($r=0,873$, $p<0,001$), de leite ($r=0,976$, $p<0,001$), de gorduras ($r=0,950$, $p<0,001$), de carne, pescado e ovos ($r=0,950$, $p<0,001$), e dentro deste grupo mantém-se na carne ($r=0,963$, $p<0,001$) e no pescado ($r=0,508$, $p=0,001$). Verificou-se ainda uma associação negativa com a disponibilidade de leguminosas ($r=-0,848$, $p<0,001$), de bebidas alcoólicas ($r=-0,395$, $p=0,014$) e de cereais e tubérculos ($r=-0,353$, $p=0,03$) (tabela 18).

Tabela 18 – Correlação entre o Produto Interno Bruto e a disponibilidade alimentar e nutricional em Portugal de 1974 a 2011.

		PIB	
		r	p
Macronutrientes (g/pessoa/dia)	Energia (kcal/pessoa/dia)	0,892	<0,001
	Proteínas	0,902	<0,001
	Lípidos	0,933	<0,001
	Etanol	-0,691	<0,001
	HC	0,269	0,102
Alimentos (g/pessoa/dia)	Cereais e tubérculos	-0,353	0,03
	Açúcar	0,625	<0,001
	Gorduras	0,950	<0,001
	Azeite	0,236	0,154
	Vegetais	0,707	<0,001
	Frutas	0,873	<0,001
	Leite	0,976	<0,001
	Carne, pescado e ovos	0,950	<0,001
	Carne	0,963	<0,001
	Pescado	0,508	0,001
	Leguminosas	-0,848	<0,001
	Bebidas alcoólicas	-0,395	0,014

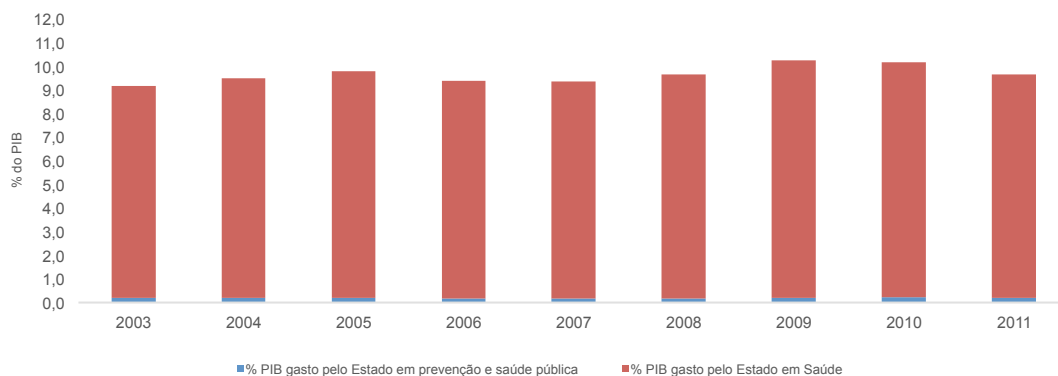
Analisando, por décadas, os dados referentes ao PIB e à disponibilidade dos macronutrientes e do etanol em função do VET podemos verificar que à medida que o PIB cresce, aumenta a proporção de proteínas e aumenta acentuadamente a proporção dos lípidos, verificando-se, pelo contrário, uma diminuição dos HC e do etanol. Destaca-se o aumento do contributo energético dos macronutrientes de origem animal *versus* os de origem vegetal, em consonância com o aumento do PIB (figura 50).



Legenda: VET – Valor energético total

Figura 50 – Evolução do produto interno bruto e do valor energético total dos macronutrientes e do etanol nos períodos 1974-1983, 1984-1993, 1994-2003 e 2004-2011.

Do PIB gerado em cada ano, entre 2003 e 2011, uma média de 9,7% foi gasto em saúde: deste valor, em média, apenas 0,2% foram gastos em prevenção e saúde pública (figura 51).



Legenda: PIB – Produto Interno Bruto

Figura 51 – Evolução da percentagem do Produto Interno Bruto gasta em saúde e em prevenção e saúde pública

(Fonte: elaborado a partir dos dados do Eurostat, 2015 ⁽²¹⁸⁾)

Existe uma associação positiva entre a percentagem do PIB gasto em saúde e a taxa de mortalidade por cancro padronizada ($r=0,510$, $p=0,008$) e uma associação negativa entre a percentagem desse gasto e a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório padronizada ($r=-0,522$, $p=0,006$) e a taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório ($r=-0,602$, $p=0,001$) (tabela 19). Embora sem resultado estatisticamente significativo, provavelmente por só existirem dados da % do PIB gasto em prevenção desde 2003 até 2011, é possível verificar-se que existe uma associação negativa com todas as taxas de mortalidade pelas principais DCNT, exceto pela taxa de mortalidade por cancro padronizada.

Tabela 19 – Correlação entre a percentagem do Produto Interno Bruto gasto pelo Estado em Saúde e em Prevenção e Saúde Pública e a taxa de mortalidade das principais DCNT padronizada.

	% PIB ^d em Saúde		% PIB em Prevenção	
	<i>r</i>	ρ^b	<i>r</i>	ρ^c
Taxa de Mortalidade por Cancro ^a	0.510	0.008	0.126	0.788
Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus ^a	0.303	0.132	-0.270	0.558
Taxa de Mortalidade por Doenças Ap. Circulatório ^a	-0.522	0.006	-0.595	0.159
Taxa de Mortalidade por Doenças Ap. Respiratório ^a	-0.602	0.001	-0.162	0.728
Taxa de Mortalidade por Doenças Não Transmissíveis ^a	-0.735	<0.001	-0.657	0.156

^a Taxa de mortalidade padronizada por 100000 habitantes, ^b Correlação parcial ajustada para o consumo de tabaco, ^c Correlação de Spearman, ^d Produto Interno Bruto

CAPÍTULO 3

3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE 1974 A 2014

3.1.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INTERNACIONAIS

As agências internacionais, ao longo dos últimos anos, têm vindo a apresentar propostas sobre as políticas mais adequadas a serem adotadas pelos governos dos países-membros, nomeadamente no que respeita à reformas dos sistemas nacionais de saúde.

Na tabela 20, sintetizam-se as principais políticas de saúde estabelecidas por algumas organizações internacionais que se relacionam direta ou indiretamente com a alimentação e a nutrição.

Tabela 20 – Síntese dos principais compromissos de saúde associados à alimentação estabelecidas por organizações internacionais.

Ano	Organismo	Reunião	Compromisso	Referência
1974	FAO	Conferência Mundial de Alimentação (Roma)	Todos os países devem implementar uma Política de Alimentação e Nutrição A política deve integrar os objetivos de produção com as necessidades nutricionais da população	(227)
1978	OMS	Conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata) Declaração de Alma Ata	A saúde como um direito humano fundamental A consecução do mais alto nível possível de saúde é uma meta social que necessita de uma abordagem de vários sectores para além do da saúde Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde	(10)
1986	OMS	I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa) Carta de Ottawa	O tema central “Promoção da Saúde nos Países Industrializados” A promoção da saúde como uma estratégia promissora A promoção de saúde como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a saúde no sentido de a melhorarem	(173)

(continua na página seguinte)

Tabela 20 (continuação) – Síntese dos principais compromissos de saúde associados à alimentação estabelecidas por organizações internacionais.

Ano	Organismo	Reunião	Compromisso	Referência
1988	OMS	II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Adelaide) Carta de Adelaide	O tema central “Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis” Ressalta a importância das políticas públicas saudáveis A alimentação e a nutrição como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde	(228)
1990	OMS	I Conferência sobre Políticas de Alimentação e Nutrição (Budapeste)	A importância para os países implementarem PAN, numa ação multisectorial envolvendo a população A importância da alimentação na prevenção de doenças crónicas	(213)
1992	OMS FAO	Conferência Internacional de Nutrição (Roma) Declaração Mundial e Plano de Ação em Nutrição	O Plano de Ação em Nutrição reconhece e distingue pela primeira vez a garantia da segurança alimentar (<i>food security</i>) da segurança higio-sanitária dos alimentos (<i>food safety</i>) O acesso a alimentos nutricionalmente adequados e seguros é um direito de todos A responsabilidade de o assegurar deve ser dos governos através da implementação de PAN	(229)
1996	FAO	Cimeira Mundial de Alimentação (Roma) Declaração de Roma e o Plano de Ação da Cimeira Mundial da Alimentação	Reafirmado o direito de todos a terem acesso a alimentos seguros e nutricionalmente adequados Compromisso de por em prática e apoiar o Plano de Ação da Cimeira Mundial da Alimentação para o Direito Humano à Alimentação Adequada	(188)
2000	OMS	Primeiro Plano de Ação para as Políticas de Alimentação e Nutrição 2000-2005	Apoiar os Estados no desenvolvimento, implementação e avaliação das PAN;	(230)
2004	OMS	Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde	Reconhecendo o pesado crescente de doenças crónicas não transmissíveis desenvolveu-se uma abordagem global das estratégias sobre dieta, atividade física e saúde	(231)
2006	OMS	Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade	Colocar na agenda política o compromisso de intensificar a ação no combate à obesidade	(232)
2007	UE	Carta Branca: Uma Estratégia para a Europa em Nutrição, Excesso de Peso e Obesidade	Estratégia para melhorar os hábitos alimentares na União Europeia	(233)
2008	OMS	Segundo Plano de Ação para as Políticas de Alimentação e Nutrição 2007-2012	Apoiar os Estados a desenvolver políticas contra as doenças crónicas relacionadas com a alimentação	(214)

(continua na página seguinte)

Tabela 20 (continuação) – Síntese dos principais compromissos de saúde associados à alimentação estabelecidas por organizações internacionais

Ano	Organismo	Reunião	Compromisso	Referência
2008	OMS	Plano de Ação Global contra as Doenças Crónicas 2008-2013	Plano de Ação para as doenças crónicas onde a alimentação inadequada é apresentada como um dos fatores de risco	(234)
2012	OMS	Saúde 2020	Melhorar o estado de saúde e bem-estar das populações, reduzir as desigualdades na saúde, fortalecer a saúde pública e garantir que os sistemas de saúde centrados nas pessoas sejam universais, equitativos, sustentáveis e com elevado nível de qualidade	(215)
2012	OMS	Plano de Ação para a implementação da Estratégia Europeia para a Prevenção e Controlo das Doenças Crónicas não Transmissíveis 2012-2016	Apontadas estratégias para a redução das doenças crónicas não transmissíveis reconhecidas como a principal causa de morbilidade e mortalidade Destaque para a promoção da alimentação saudável	(235)

3.1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL

3.1.2.1. Saúde, um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)

Entre 1996 e 1999 estabeleceu-se, pela primeira vez, uma estratégia de saúde, pela mão de José Pereira Miguel, então Diretor-Geral e Alto Comissário da Saúde, baseada em metas de saúde que se viram espelhadas no documento Saúde, Um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002) ⁽²³⁶⁾.

Este documento estabelecia como missão do sistema de saúde a obtenção de ganhos em saúde, propunha uma nova política para o sector e visava ser “um quadro de referência nacional a partir do qual [seria] necessário estabelecer prioridades regionais e locais, de acordo com cada situação específica” ⁽²³⁶⁾.

O documento identificava 27 áreas de ação agrupadas em quatro áreas, a saber: ciclo vital e família; problemas específicos; meio ambiente; qualidade de vida e determinantes da saúde. Nesta última área, dava-se destaque às áreas de vida ativa, alimentação saudável e gestão do *stress*.

Cada uma destas áreas contemplava metas de 5 a 10 anos, sendo estabelecidas orientações para a sua realização. No entanto, a monitorização desta estratégia de saúde não veio a acontecer e deixou de ser um instrumento de gestão de mudança a partir de 2000 ⁽⁸⁴⁾.

Este documento estratégico era focado nos principais problemas de saúde da população, numa abordagem inovadora; apesar de não ter colhido consenso político para a sua prossecução ⁽²³⁷⁾ continuou a servir como guia de orientação ⁽⁸³⁾.

Quando este documento estratégico foi elaborado, as alterações dos comportamentos alimentares da população tinham sido já incluídas no documento A Saúde dos Portugueses, da DGS, de 1997 ⁽⁸¹⁾.

3.1.2.2. Ganhos de Saúde em Portugal

Em 2002, no relatório *Ganhos de Saúde em Portugal* ⁽⁸³⁾, que reflete sobre alguns dos domínios do documento Saúde um compromisso: Estratégia de Saúde para o Virar do Século, o Diretor-Geral e Alto-Comissário da Saúde, José Pereira Miguel, apresentou a alimentação como um dos principais determinantes de morbilidade e mortalidade, afirmando que

(...) o sector de saúde, ainda que da maior importância, contribui apenas de forma parcelar para o nível de saúde de uma população. Sectores como o ambiente, a alimentação, as atividades económicas e industriais, a educação, o trabalho, a solidariedade social e muitos outros determinam de forma importante a saúde existente.” Este relatório estabelece que abordar as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é uma prioridade para a ação e que tal exige que se consagre “uma atenção particular a factores como a dieta e que esta abordagem permitirá um impacto em doenças não transmissíveis ⁽⁸³⁾.

3.1.2.3. Plano Nacional de Saúde 2004-2010

Em 2004, deu-se mais um passo na direção de se construir uma estratégia de saúde em Portugal com o lançamento pelo MS do primeiro Plano Nacional de Saúde (PNS) – o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 ⁽¹⁵⁹⁾. Tinha este plano a finalidade de

estabelecer prioridades consensuais, objetivos e atividades para o sector da saúde, à luz das políticas adotadas, das intervenções selecionadas e das limitações dos recursos.

O PNS 2004-2010 teve o seu início em 2002, num trabalho coordenado pela DGS através de uma metodologia consultiva e de debate público, assumindo continuidade em relação ao documento Saúde um Compromisso: Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002), e em consonância com a avaliação realizada pelo Diretor-Geral e Alto-Comissário da Saúde no relatório Ganhos em Saúde em Portugal ⁽²³⁸⁾.

O PNS 2004-2010 focava-se nos principais problemas de saúde e resultou do debate e da participação de diferentes atores sociais, bem como da consulta de instituições como a OMS, a OCDE e o Conselho da Europa. Em 2003, foi apresentado um documento-base que foi sujeito a uma primeira discussão pública, culminando num fórum em Fevereiro de 2004 ⁽²³⁸⁾.

O estado de saúde da população era descrito nesse documento com base nos indicadores disponíveis, sendo apontada como resposta aos principais problemas de saúde identificados a criação de vários programas nacionais ou revisão dos existentes. Dos programas nacionais previstos no PNS, destacam-se os seguintes, pela sua relação com a alimentação: o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) ⁽²³⁹⁾; o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (PNIIDSREV) ⁽²⁴⁰⁾; o Programa Nacional de Combate à Obesidade (PNCO) ⁽²⁴¹⁾; e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) ⁽²⁴²⁾.

O PNPCD, um dos mais antigos programas nacionais de saúde pública, em Portugal, existente desde a década de setenta, foi atualizado e revisto diversas vezes ⁽²³⁹⁾. Em 2008, atendendo à necessidade de se inverter a tendência de crescimento da DM e das suas complicações bem como de aumentar os ganhos de saúde entretanto obtidos, o programa foi revisto pela DGS, tendo dado origem a uma nova versão do PNPCD. Este programa tinha como objetivos gerir de forma integrada a DM, reduzir a sua prevalência, atrasar o início das suas complicações major, reduzir a sua incidência e a sua morbilidade e mortalidade. Atualmente, este programa recebe o nome de Programa Nacional para a Diabetes (PND).

O PNIIDSREV, criado em 2003 e publicado em 2004 por Despacho do Ministro da Saúde ⁽²⁴⁰⁾, foi um dos programas destacados pelo PNS 2004-2010 e referia que um dos principais fatores determinantes a considerar era a alimentação, a par do tabaco,

do álcool, da atividade física e da gestão do stresse. Este programa tinha como objetivo geral reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com os estilos de vida. Através de uma abordagem integrada e intersectorial tinha como objetivos específicos, no que se relaciona com a alimentação: a redução do consumo de sal (menos de 5 g/dia) e da prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC <25); o aumento do consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 g/dia); a redução do consumo total de lípidos para valores entre 15 a 30% da ingestão calórica diária, do consumo excessivo de gorduras saturadas (<10% da ingestão calórica diária) e do consumo excessivo de gorduras *trans* (<1% da ingestão calórica diária).

O mesmo PNS reconhecia que a obesidade é um enorme problema de saúde pública, pela elevada prevalência, cronicidade, morbilidade e mortalidade que a acompanha, e ainda pela dificuldade e complexidade do tratamento, pelo que recomendava a criação de um programa específico de prevenção e controlo. Nesse sentido, determinava que fosse criado um grupo de peritos, em parceria com as sociedades científicas, no âmbito da DGS, com a missão de elaborar uma proposta de linhas estratégicas nacionais de combate à obesidade.

Foi neste contexto que foi criado o PNCO, em 2005 ⁽²⁴¹⁾. Integrando-se no PNS 2004-2010, a estratégia visava, como objetivo geral, contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e da obesidade em Portugal. Foi definido que este programa se deveria articular com outros programas nacionais que integravam o PNS 2004-2010, nomeadamente com o PNIIDSREV, o PNCD e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.

Em 2007, no sentido da criação de sinergias intersectoriais, a nível governamental e da sociedade civil, foi lançada uma Plataforma Contra a Obesidade (PCO), com a assinatura de um Protocolo de Cooperação celebrado pelo MS e pela empresa Galp Energia, com o desígnio de intervir de forma mais eficaz contra a obesidade, assumindo a prevenção e o combate à obesidade como prioridade política, através dos objetivos e estratégias propostos. Este Protocolo representou um passo no sentido de se alcançarem as metas que haviam sido preconizadas pela Carta Europeia da Luta contra a Obesidade ⁽²³²⁾, subscrita pelos Estados-Membros da OMS – Europa ⁽²⁴³⁾. O PNCO foi extinto em 2008, com a integração das competências de prevenção na PCO e enquadramento do tratamento cirúrgico numa comissão criada para o efeito ⁽²⁰⁵⁾.

Em 2006, foi criado o PNSE ⁽²⁴²⁾, destinado a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar. No contexto da intervenção de Saúde Escolar, uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis era a da alimentação saudável.

Na avaliação realizada pela OMS ao PNS 2004-2010, verificou-se que dos 64 indicadores analisados só 28 tinham atingido as suas metas ⁽²⁴⁴⁾. Contudo, a maioria dos indicadores de comparação internacional disponíveis estavam a melhorar e a convergir para a média do grupo de 15 países da UE. No relatório era lançado o alerta para o facto de os indicadores relacionados com fatores de risco terem ficado longe de ser alcançados, como era o caso da prevalência de obesidade que entre 1998/1999 e 2005/2006 aumentara para a maioria das faixas etárias. Os desafios mais importantes, relacionados com a conceção e implementação do PNS, incluíam as desigualdades na saúde, a sustentabilidade do sistema de saúde, os recursos humanos para a saúde e a qualidade de cuidados de saúde ⁽²⁴⁴⁾

3.1.2.4. Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Em 2011 foi redigido o segundo PNS, Plano Nacional de Saúde 2011-2016 ⁽²⁴⁵⁾, que foi substituído em 2012 pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016 ⁽²⁴⁶⁾, em virtude dos atrasos na sua elaboração. Neste plano “orientado no sentido de uma priorização clara das intervenções, com base na evidência acerca do que gera ganhos em saúde”, eram contemplados quatro eixos estratégicos: a cidadania em saúde, a equidade e acesso aos cuidados de saúde, a qualidade em saúde e as políticas saudáveis.

As Políticas Saudáveis eram definidas como “políticas do governo, autarquias e outros sectores que definem prioridades e parâmetros para a ação: i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde; iii) na potencialização de impactos positivos para a saúde, na mitigação de impactos negativos e na resposta a outras prioridades políticas”; apontavam para medidas que deveriam contribuir para facilitar as escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, tornando-as mais acessíveis a todos, prevendo-se a “saúde em todas as políticas” ⁽²⁴⁶⁾.

Associados à reestruturação orgânica da DGS ⁽²⁴⁷⁾ criaram-se em 2012 nove Programas Nacionais Prioritários de Saúde ⁽²⁴⁸⁾, de entre os quais o PNPAS ^(248, 249), e que estabelecia cinco objetivos gerais ⁽²¹¹⁾.

Para atingir esses objetivos, o PNPAS (tabela 21) propunha estratégias de ação e indicadores dos impactos ⁽²¹¹⁾ (tabela 22).

Tabela 21 – Objetivos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

(Fonte: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas) ⁽²¹¹⁾

Objetivo 1	Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências
Objetivo 2	Modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos
Objetivo 3	Informar e capacitar para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis na população em geral em especial aos grupos mais desfavorecidos
Objetivo 4	Identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores públicos e privados, nomeadamente nas áreas da agricultura, desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias
Objetivo 5	Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar

Tabela 22 – Estratégias para atingir os objetivos do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

(Fonte: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas) ⁽²¹¹⁾

Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016
Aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas
Aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente um pequeno-almoço adequado
Aumentar em 5% o número de consumidores que utiliza a rotulagem nutricional antes de adquirir produtos alimentares
Aumentar em 10 % o número de autarquias que recebe regularmente informação sobre alimentação saudável
Reduzir em 10 % a média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares de sal à população

3.1.2.5. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020

Em 2015, foi feita a revisão e a extensão do PNS até 2020. O *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020* ⁽²⁵⁰⁾ propõe como visão “maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores

da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”.

No livro do MS Políticas de Saúde entre 2011-2015, referia-se que as políticas neste período pretendiam combinar a visão do PNS com a necessidade de reformar o Estado, no âmbito de um Programa de Assistência Económica e Financeira decorrente da crise, tendo a estratégia assentado em alguns objetivos globais: melhorar a eficiência global do sistema de saúde e em especial do SNS; progredir na redução das iniquidades do acesso aos cuidados de saúde; assegurar um maior protagonismo do cidadão na gestão ativa do sistema e uma crescente transparência de todo sistema; investir na inovação, na qualidade clínica e na partilha do conhecimento, incluindo a cooperação com outros países ⁽⁵⁸⁾.

3.1.2.6. Medidas governamentais no âmbito da alimentação e da nutrição

Em 1977, o governo criou um grupo de trabalho para o estudo das questões inerentes ao planeamento das necessidades alimentares da população portuguesa. Este grupo, elaborou, no mesmo ano, um relatório sobre a situação alimentar do país e propôs a estratégia, os objetivos e os instrumentos para se atingir os consumos alimentares considerados desejáveis para 1980 ⁽²⁵¹⁾.

Foi também criado em 1977, um outro grupo de trabalho para a elaboração do projeto de programa de uma campanha de educação alimentar de âmbito nacional. Este grupo elaborou então uma nota para o governo, apelando para a importância da integração da Campanha de Educação Alimentar numa política global ⁽²⁵¹⁾. Esta campanha, que decorreu até 1982, recebeu o nome de Saber comer é saber viver, e foi coordenada por Emílio Peres, prestigiado médico endocrinologista que, pelo seu importante papel na formação dos nutricionistas em Portugal, ficou conhecido como “o pai dos nutricionistas” ⁽²⁵²⁾. A campanha envolveu um conjunto significativo de agentes e de atividades: foi desenvolvida a Roda dos Alimentos (logo em 1977) ⁽²⁰⁹⁾, realizados programas de rádio, publicados artigos na imprensa regional e nacional, e lançados um livro sobre alimentação e a *Cartilha da Alimentação*.

A primeira Tabela da Composição dos Alimentos Portugueses havia sido já produzida, em 1961; a década de 70 assistiu à publicação de vários estudos de interesse e documentos de referência, como a Tabela Portuguesa de Necessidades em Calorias e Nutrientes (1978) e um conjunto de estudos técnicos relacionados com o cálculo das

disponibilidades alimentares, com as características e tendências do consumo alimentar e ainda sobre o peso da alimentação nas despesas familiares ⁽²⁵³⁾.

Ainda na década de 70, Gonçalves Ferreira desenhou uma proposta de Política de Alimentação e Nutrição para Portugal ⁽²⁵¹⁾ e lembrou que, embora a Constituição não contivesse nenhuma referência à alimentação ou à política alimentar do País, nem tivesse havido por parte dos sucessivos governos portugueses, até àquela data, preocupação com este assunto, era urgente estabelecer medidas coordenadas de produção dos alimentos necessários e dos seus consumos e de informação e educação alimentar a nível nacional, enquadrando-as no conjunto de intervenções que poderiam e deveriam constituir uma política de alimentação e nutrição da responsabilidade governamental, claramente delineada e estruturada ⁽²⁵⁴⁾. Contudo, só recentemente, em 2012, passados que foram cerca de 40 anos, se criou formalmente um programa para a sua implementação: o PNPAS ⁽²⁰⁹⁾.

Ainda na década de 70, foram dados passos importantes para a alimentação escolar ⁽²⁵⁵⁾. Em 1975, no âmbito do Instituto de Ação Social Escolar criado em 1971 ⁽²⁵⁶⁾, foi introduzido o Programa de Alimentação Racional que incluía a distribuição do Suplemento Alimentar. Mais tarde, em 1977, o Suplemento Alimentar deu lugar ao Programa do Leite Escolar, que consistia na distribuição diária de leite nas escolas ⁽²⁵⁵⁾. Em 1986, a Lei de Bases do Sistema Educativo, ⁽²⁵⁷⁾, estabeleceu o quadro geral do sistema educativo, referindo, no artigo 28.º: “será realizado o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, o qual é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde em articulação com as estruturas escolares”. Esta Lei decretou a gratuidade da escolaridade obrigatória e os respetivos apoios e complementos educativos, refeições subsidiadas ou mesmo gratuitas, e a distribuição diária de leite, garantindo a universalidade do acesso à escolaridade obrigatória de nove anos. Desde 84 que a alimentação e toda a ação social escolar do primeiro ciclo ficaram sob a alçada das câmaras municipais ⁽²⁵⁸⁾, tendo ficado o Programa do Leite Escolar no âmbito da competência do ministério.

Em 1976 foi criado o Centro de Estudos de Nutrição (CEN) integrado no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Assumindo-se como uma unidade de estudo e investigação na área da alimentação e da nutrição ⁽²⁵⁹⁾, constituiu sem dúvida o primeiro passo, em termos de investigação, para o estabelecimento de um sistema integrado no qual têm intervenção todos os serviços que, direta ou indiretamente, estão relacionados com a alimentação e nutrição.

Por outro lado, em 1977, foi criado o Instituto de Qualidade Alimentar, do Ministério da Agricultura e Pescas ⁽²⁶⁰⁾, com atividade na definição de uma política de qualidade alimentar.

Em 1980 foi criado, junto do CEN, o Conselho de Alimentação e Nutrição (CAN), ⁽²⁶¹⁾ órgão interministerial e consultivo do Governo, que veio reforçar a ideia da indispensabilidade de se contribuir para que em Portugal caminhasse “rapidamente no sentido da definição de uma política alimentar”.

O CAN teria as seguintes atribuições ⁽²⁶¹⁾:

- a) formular os princípios orientadores de uma política de alimentação e nutrição que atenda às necessidades de uma correta prática alimentar para todos os estratos da população, tendo presente os recursos disponíveis no País e a necessidade de racionalizar as importações;
- b) servir de órgão consultivo do Governo nos domínios da alimentação e nutrição, nomeadamente quanto a planos de produção agrícola e das pescas, à importação de bens alimentares, ao estabelecimento de quaisquer formas de auxílio ou educação alimentares;
- c) coordenar e apoiar a atividade dos organismos ou serviços públicos em matéria de estudos, inquéritos ou quaisquer outras ações relacionadas com a política de alimentação e de nutrição, nomeadamente a elaboração do código alimentar português;
- d) propor providências a adotar com o objetivo de melhorar o regime alimentar dos diversos sectores da população;
- e) promover o estudo das carências alimentares nas várias regiões do País e aconselhar as soluções mais adequadas;
- f) tomar a iniciativa da divulgação de práticas corretas de alimentação racional e colaborar, nessa matéria, com todos os organismos que, direta ou indiretamente, estejam relacionados com os problemas de natureza alimentar;
- g) estabelecer o intercâmbio de conhecimentos, de experiência e de técnicas com organismos congéneres de outros países, com vista a intensificar a colaboração internacional na defesa de uma mais racional repartição dos recursos alimentares existentes do Mundo.

Em 1984, a designação do CAN foi alterada para Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) ⁽²⁶⁰⁾, englobando as regiões autónomas dos Açores e da Madeira, prevendo-se que, com a criação desta estrutura, estariam criadas as condições para

que o estudo do problema alimentar fosse coordenado e incentivado, desde a sistematização de dados essenciais para a sua definição em termos nacionais, até ao delineamento da investigação aplicada que se tornava indispensável desenvolver.

Em 1989, o CNAN apresentou um conjunto de recomendações para a necessidade urgente de formulação e implementação de uma PAN em Portugal, através do documento *Contribuição para uma Política Alimentar e Nutricional em Portugal. Situação Alimentar e Nutricional Portuguesa e Recomendações do CNAN para melhoria da situação existente* ⁽²⁶²⁾, identificando cinco medidas a implementar neste âmbito: “as que influenciam o acesso dos consumidores aos alimentos; as que influenciam o impacto dos alimentos na saúde; as que visam a educação alimentar da população; as que visam melhorar a situação higio-sanitária; e as que definem programas nutricionais prioritários” ⁽²⁶²⁾.

O interesse político pela implementação de uma política de alimentação não foi evidente ao longo da década de 90, tendo sido contudo publicadas pelo CNAN as recomendações alimentares para a população portuguesa ⁽²⁶³⁾.

A educação alimentar em meio escolar foi a única área em que se continuou a investir durante este período ^(208, 264). Foi em 1994 que Portugal criou a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) ⁽²⁶⁵⁾, associada à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (European Network of Health-Promoting Schools), que fora criada em 1991 pela OMS, juntamente com a Comissão das Comunidades Europeias e o Conselho da Europa ⁽²⁶⁶⁾. Importará fazer notar que as escolas da RNEPS prestaram sempre uma grande atenção às questões da educação alimentar, ⁽²⁰⁸⁾.

Na década de 90, as questões da hígio-sanidade e do controlo da qualidade alimentar assumiram preponderância, tendo-se assistido a um período em que Portugal tentou adaptar, acompanhar e aplicar todo o processo legislativo desenvolvido pela Comunidade Económica Europeia em matéria de qualidade e segurança alimentar como reflexo das crises alimentares como a BSE ⁽²⁰⁹⁾. A segurança alimentar impôs-se na agenda política, tendo-se materializado na criação da Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar em 2000 ⁽²⁶⁷⁾ e, posteriormente, em 2005, na criação da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica ⁽²⁶⁸⁾ para atuar em cooperação com a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA).

Em 2003, a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP) desenvolveu uma nova roda dos alimentos ^(105, 269), face à evolução dos conhecimentos científicos e às diversas alterações na situação alimentar portuguesa que conduziram à necessidade da sua reestruturação. A nova Roda dos

Alimentos mantém o seu formato e apresenta a subdivisão de alguns dos anteriores grupos e o estabelecimento de porções diárias equivalentes ⁽²⁶⁹⁾.

A partir de 2005, as questões relacionadas com a alimentação e a nutrição mereceram atenção no âmbito da proteção e promoção da saúde, mas fora do âmbito de uma PAN nacional, como é o caso das medidas para o combate à obesidade ⁽²⁴¹⁾. Em 2006 foi lançada a atualização da Tabela da Composição dos Alimentos Portugueses que fora publicada pela primeira vez em 1961, na sequência de estudos desenvolvidos por Gonçalves Ferreira, e conheceu uma segunda edição em 1963, e ainda mais duas em 1977 e 1985 ^(98, 270).

Em 2007, os Estatutos do INSA previram o Departamento de Alimentação e Nutrição ⁽²⁷¹⁾, ao qual, através de investigação e desenvolvimento, vigilância, referência, prestação de serviços diferenciados, formação, informação e consultoria, competia a prevenção de doenças de origem alimentar e a melhoria do conhecimento sobre o estado nutricional da população ⁽²⁷²⁾.

As questões da alimentação escolar voltaram a estar na agenda política no novo milénio com a elaboração, pelo Ministério da Educação, de várias normas para os refeitórios escolares, orientações para as ementas, regras para o apoio no âmbito da ação social escolar e orientações para os bufetes escolares ⁽²⁷³⁻²⁷⁶⁾.

Em 2009, a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto desenvolveu para a DGS uma ferramenta informática, SPARE - Sistema de Planeamento e Avaliação de Refeições Escolares e elaboração, verificação e monitorização na ótica do utilizador, com o objetivo de apoiar o planeamento e avaliação de refeições escolares ⁽²⁷⁷⁾. Por outro lado, a importância da alimentação escolar levou à criação de dois programas: o Regime da Fruta Escolar, em 2009, e o Programa Escolar de Reforço Alimentar, em 2012 ⁽²⁵⁵⁾.

Os documentos fundadores do Regime da Fruta Escolar ⁽²⁷⁸⁾ definiam como objetivo a promoção de hábitos alimentares saudáveis através da introdução ou reforço de hábitos de consumo de frutas pelas crianças, visando disseminar comportamentos saudáveis na população e, dessa forma, reduzir o risco de obesidade infantil e de outras doenças, e reforçar a aquisição de competências nas áreas da alimentação e da saúde em contexto escolar, criando e mantendo hábitos de consumo de hortofrutícolas. Simultaneamente, aspirava a aproximar as crianças da realidade do mundo rural, aproveitando para lhes dar a conhecer a proveniência dos alimentos ⁽²⁷⁹⁾.

Por seu lado, os documentos fundadores do Programa Escolar de Reforço Alimentar definiam como essencial o fornecimento do pequeno-almoço nas escolas públicas aos jovens e crianças referenciados por estarem em situação de carência alimentar, pretendendo conciliar o fornecimento dessa refeição com a educação alimentar ⁽²⁸⁰⁾.

Na tabela 23 encontram-se identificados planos e programas governamentais na área da saúde com relação com a alimentação e nutrição.

Tabela 23 – Planos e programas governamentais na área da saúde que refletem medidas no âmbito da alimentação e da nutrição.

(Fonte: Adaptado de Nutrition and Health Report 2009) ⁽⁸⁷⁾

Nome do documento	Período de Vigência		Referência
	Início	Fim	
Saúde, um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)	1998	2002	(236)
Plano Nacional de Saúde 2004-2010	2004	2010	(159)
Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida	2004	2014	(240)
Programa Nacional de Combate à Obesidade	2005	2010	(281)
Programa Nacional de Saúde Escolar	2006	2020	(242)
Plataforma Contra a Obesidade	2007	2012	(243)
Plano Nacional de Saúde 2012-2016	2012	2016	(246)
Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável	2012	Em vigor	(248)
Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020	2016	Em vigor	(250)

Todos estes planos e programas nacionais têm vindo a apresentar medidas que, indireta ou mais diretamente, visam contribuir para a promoção da saúde através da alimentação, influyendo na alteração da oferta alimentar, promovendo intervenções no meio, promovendo a melhoria na vigilância de saúde e resposta dos serviços, na capacitação de indivíduos, profissionais de saúde ou professores e estabelecendo com objetivo um melhor conhecimento epidemiológico.

Uma análise aos programas dos Governos Constitucionais, desde 1976, revela uma parca atenção a medidas na área da nutrição e alimentação ⁽⁸⁸⁾. No programa do I Governo Constitucional (1976-79), considerava-se que estavam “insatisfeitas necessidades básicas fundamentais, como a alimentação” e aludia-se ao “papel das pescas para a alimentação”. Apesar de o programa do III Governo Constitucional (1978) referir já a importância da alimentação escolar, só no programa do IX Governo Constitucional

(1983-85) se voltou a fazer referência à área da alimentação, integrada numa política global de saúde, e à importância de campanhas de educação alimentar para a terceira idade. Nos XI e XII Governos Constitucionais (1987-91 e 1991-95, respetivamente), deu-se relevo à importância do sector agroalimentar, tendo então sido referidas questões como o desenvolvimento integrado da cadeia agroalimentar, a melhoria da competitividade do sector, a proteção das "denominações de origem" e a garantia da qualidade da cadeia alimentar. No programa do XIII Governo Constitucional (1995-99) retomou-se a questão da alimentação escolar como fator essencial para o normal desenvolvimento físico e mental da criança ou do adolescente e da produção agroalimentar, de acordo com os princípios da diversidade das agriculturas regionais. No programa do XIV Governo Constitucional (1999-2000), introduziu-se o conceito de qualidade e segurança alimentar, previu-se a criação da Agência de Segurança Alimentar, salientou-se o reforço da competitividade das fileiras agroalimentares, agricultura biológica, proteção integrada e produtos tradicionais de qualidade e encorajou-se o prosseguimento do trabalho de promoção da saúde global da população escolar. No programa do XV Governo Constitucional (2002-04) foi dado enfoque à segurança alimentar, tema intensificado no XVI Governo Constitucional (2004-05). No programa do XVII Governo Constitucional (2005-09) foi dada ênfase à proteção e promoção da saúde, com referência à alimentação no que diz respeito ao menor consumo de sal, açúcar e gorduras, e ao reforço da informação nutricional dos produtos alimentares. Foi identificada a necessidade de criação de uma verdadeira política da qualidade e segurança dos alimentos, incluindo a hotelaria, restauração e mercados, e a necessidade de se elevar a competitividade das fileiras agroalimentares. No programa do XVIII Governo Constitucional (2009-11), a nota dominante na área da alimentação foi a segurança alimentar. Já no programa do XIX Governo Constitucional (2011-15) foi feita referência à necessidade de aumentar a produção nacional com vista a contribuir para a autossuficiência alimentar, tendo sido criado o programa de Emergência Social, que incluía a emergência alimentar de grupos desfavorecidos e a economia social (anexo 2).

De seguida (figura 52) apresenta-se um friso cronológico que pretende sintetizar as medidas governamentais no âmbito da alimentação e da nutrição em Portugal, resultantes dos programas dos Governos Constitucionais da II República, em conjugação com marcos relevantes de organizações internacionais e do SNS, a par da apresentação da disponibilidade alimentar, de cinco em cinco anos, desde 1974.

Nos primeiros anos após a implementação da Democracia os programas dos Governos e as medidas preconizadas espelham a importância de satisfazer as

necessidades alimentares da população, reflexo do preconizado na Declaração Universal para erradicação da fome e da malnutrição, da FAO ⁽²²⁷⁾. A partir da década de 80 as orientações e as ações continuam a dar nota para as necessidades alimentares mas já com persentida preocupação da sua relação com a saúde, refletida na intensão de controlo de preços dos bens alimentares essenciais e na importação e consumo de alimentos com o fundamento das necessidades nutricionais da população, apontando para a necessidade de implementação de uma política global de saúde, incluindo a alimentação. Esta visão prioritária da saúde materializou-se, em 1983, na criação do MS por autonomização do sector da saúde que estava contemplado no MAS e, ainda, na criação dos centros de saúde de “segunda geração”, em possível resposta ao repto da OMS lançado na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários ⁽¹⁰⁾, realizada cinco anos antes, determinando estes cuidados como essenciais para atingir o direito fundamental à saúde.

A partir de 1986, com a entrada de Portugal na CEE, é visível a transposição de normas que visão adequar os mercados agroalimentares à regulação europeia, com vista à melhoria da competitividade do sector e impondo regras no domínio do controlo oficial da qualidade dos produtos alimentares, com a criação das respetivas entidades reguladoras e fiscalizadoras.

O SNS foi evoluindo organizacionalmente e as orientações internacionais na área da promoção da saúde traduzidas na Carta de Ottawa, de 1986 ⁽¹⁷³⁾, e na Declaração de Adelaide, de 1988 ⁽²²⁸⁾, têm reflexo no primeiro documento estratégico “Saúde um compromisso: A Estratégia para o virar do século” de 1999 ⁽²³⁶⁾.

No presente século foi publicado o primeiro PNS, a que se seguiram dois outros, e com eles vários Programas Nacionais de Saúde com particular relevância para fazer face aos principais problemas de saúde pública do país. Em matéria de alimentação e nutrição o final do século passado acrescentou às questões da qualidade, as questões de segurança alimentar, como resultado das preocupações e orientações da europeias. Com o virar do século ressaltam as orientações da EU e da OMS contra a obesidade e os planos de ação na área da nutrição, com um enfoque para as DCNT. Portugal respondeu com o PNCO, em 2005, posteriormente com a PCO, em 2007, e mais recentemente com a criação do PNPAS, em 2012.

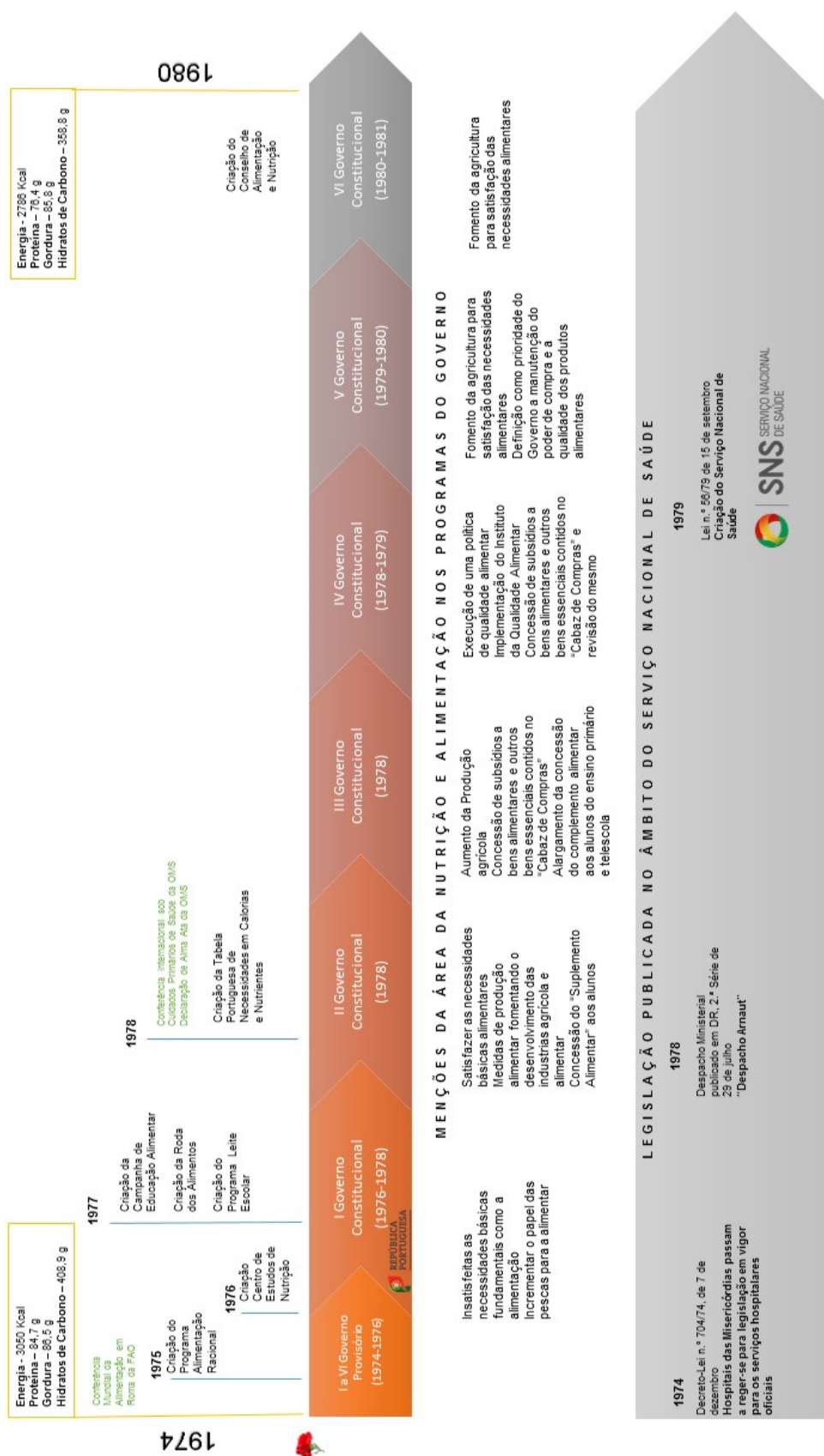


Figura 52 – Friso Cronológico de acordo com as referencias à área da nutrição e alimentação nos programas dos governos constitucionais, de acordo com a legislação publicada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as ações internacionais e nacionais e a disponibilidade nutricional de 5 em cinco anos desde 1974 até 2015

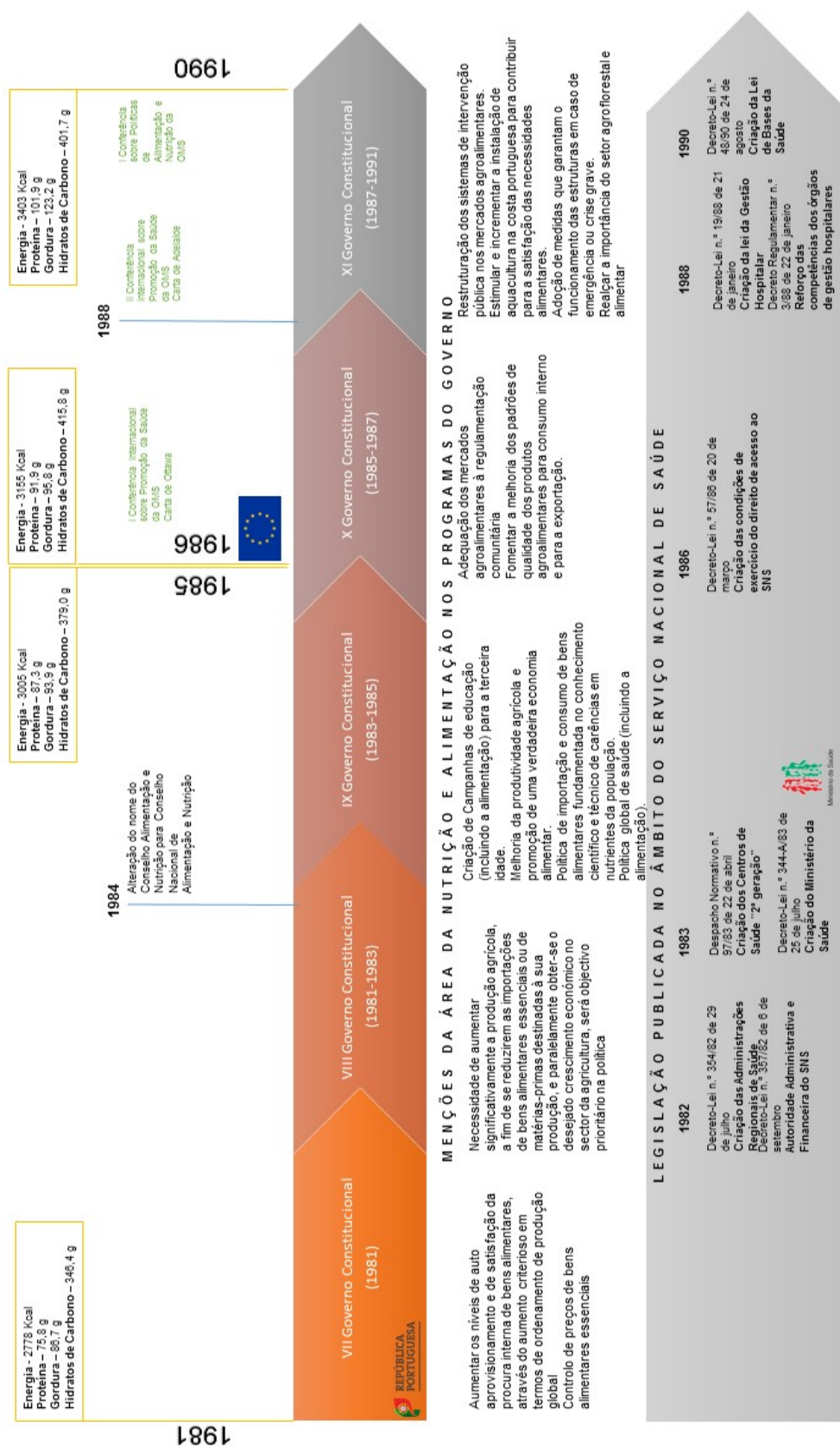


Figura 52 (continuação) – Friso Cronológico de acordo com as referências às área da nutrição e alimentação nos programas dos governos constitucionais, de acordo com a legislação publicada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as ações internacionais e nacionais e a disponibilidade nutricional de 5 em cinco anos desde 1974 até 2015

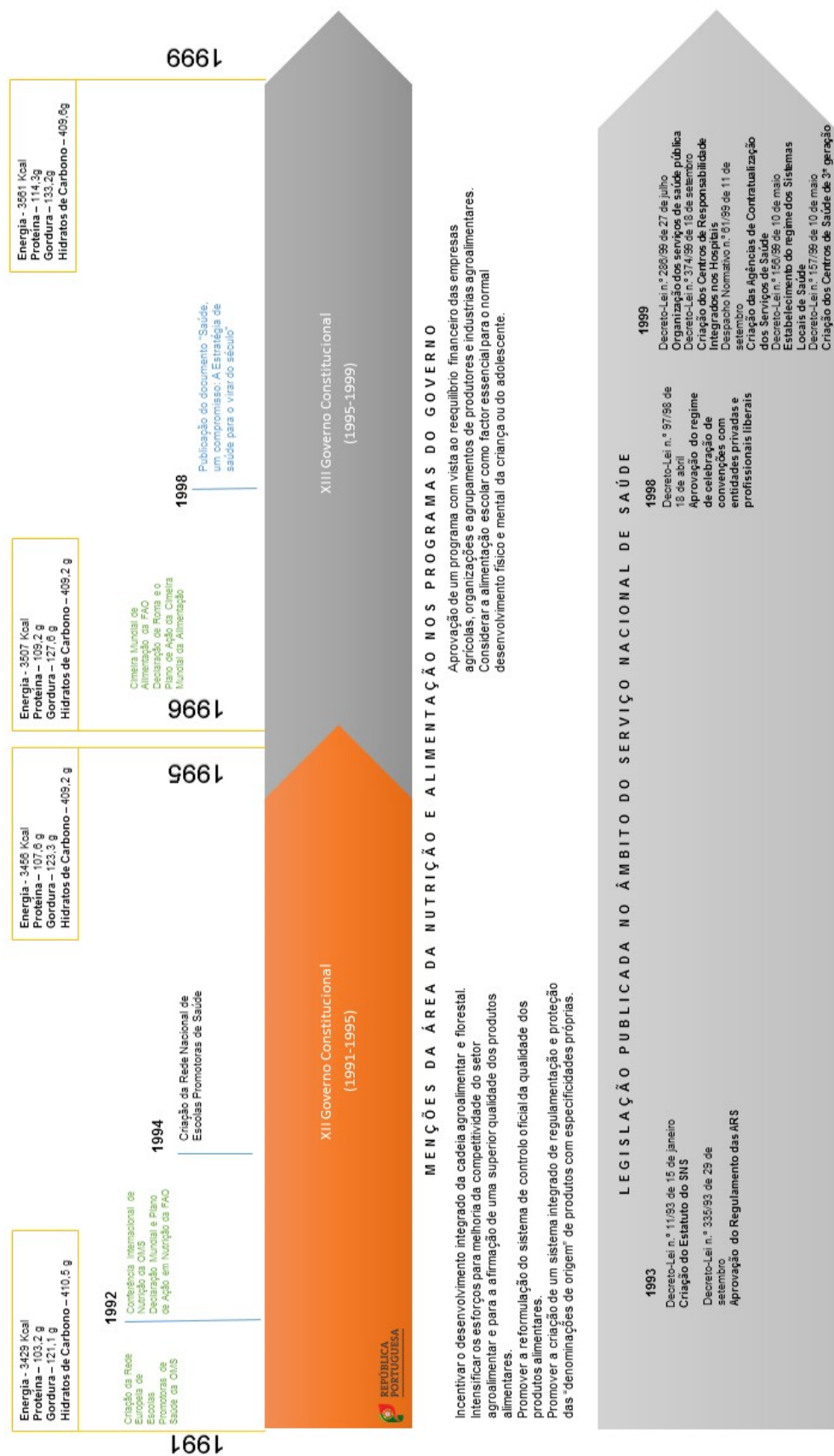


Figura 52 (continuação) – Friso Cronológico de acordo com as referencias às área da nutrição e alimentação nos programas dos governos constitucionais, de acordo com a legislação publicada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as ações internacionais e nacionais e a disponibilidade nutricional de 5 em cinco anos desde 1974 até 2015

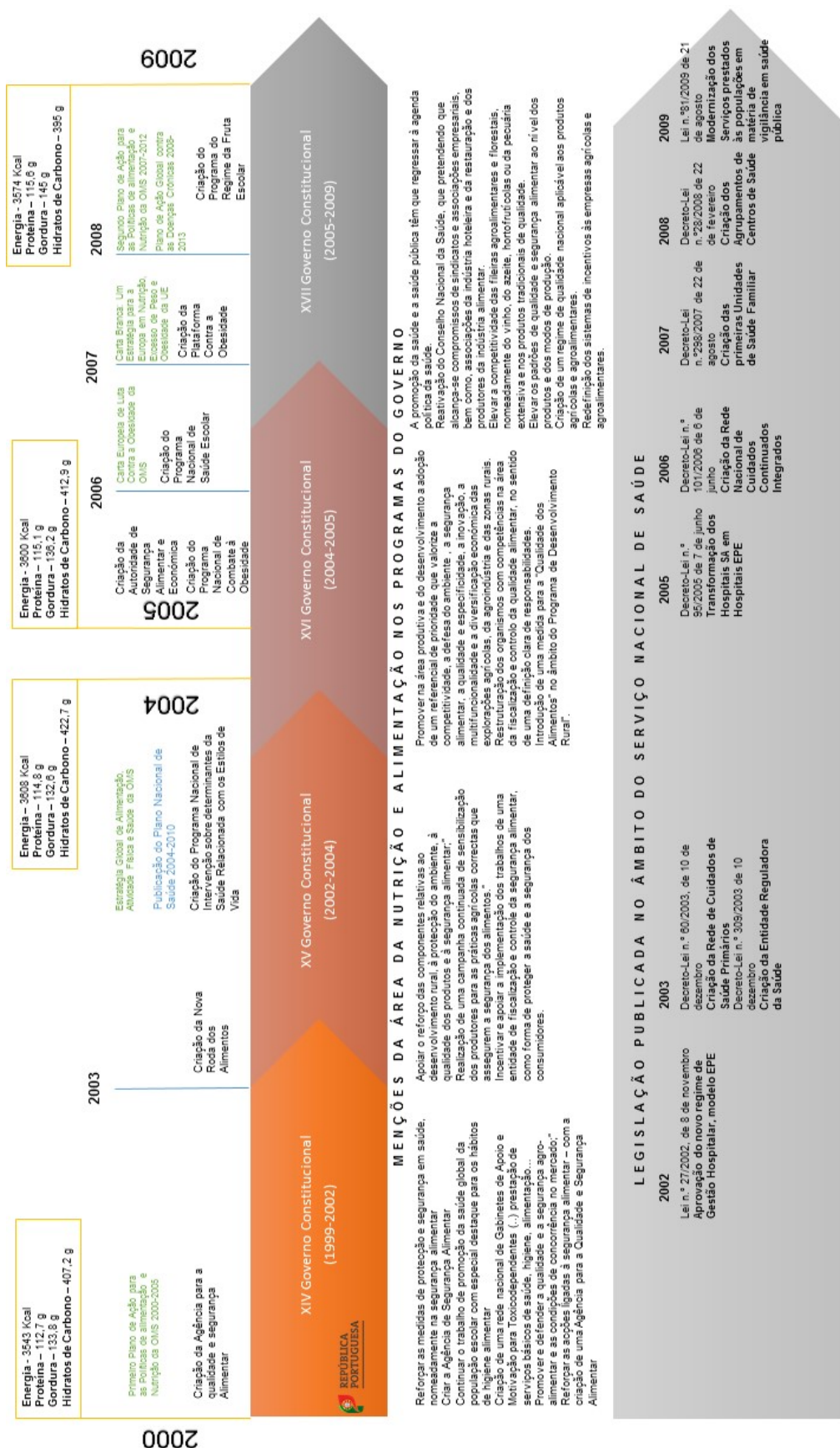


Figura 52 (continuação) – Friso Cronológico de acordo com as referências às área da nutrição e alimentação nos programas dos governos constitucionais, de acordo com a legislação publicada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as ações internacionais e nacionais e a disponibilidade nutricional de 5 em cinco anos desde 1974 até 2015

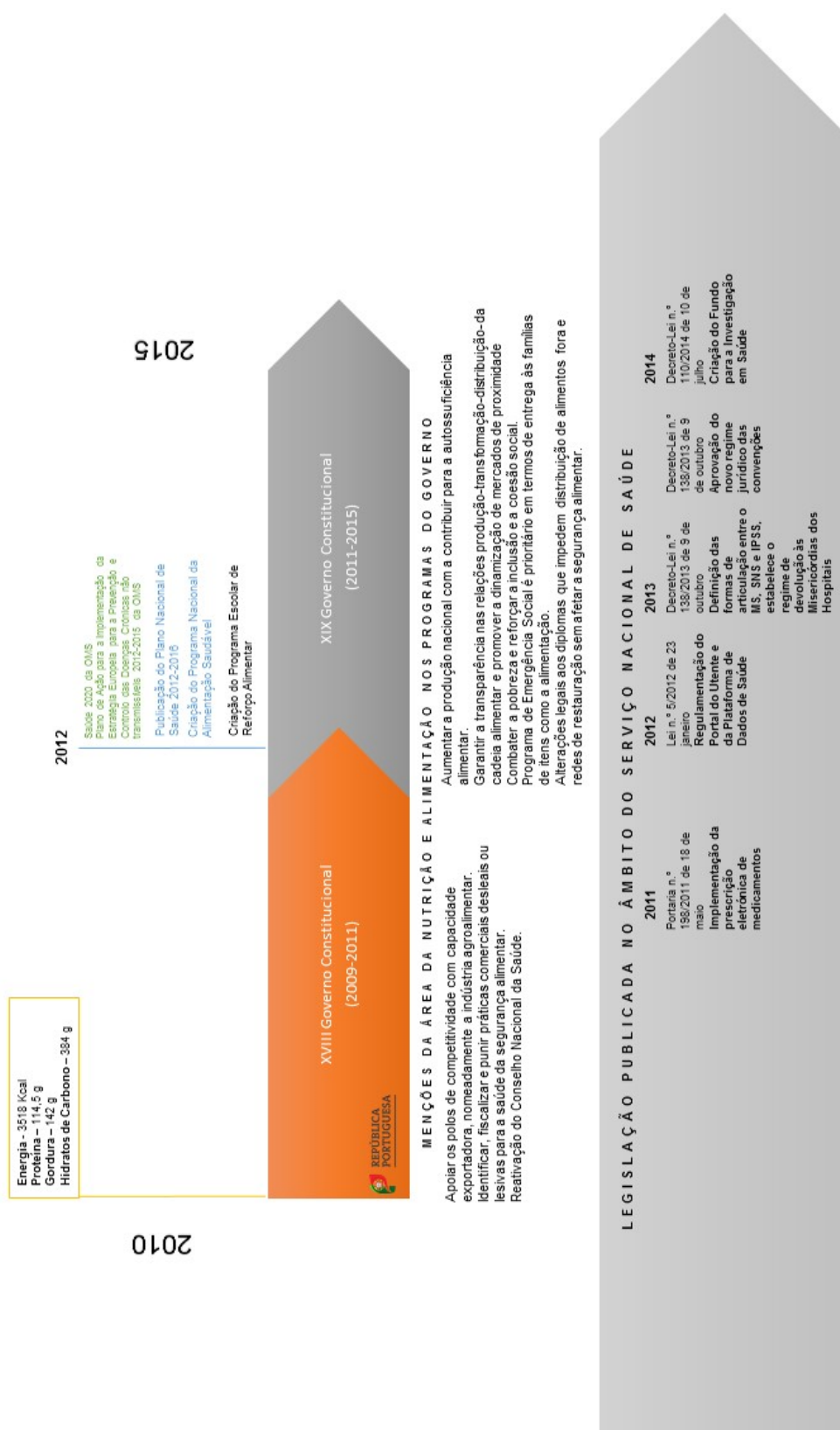


Figura 52 (continuação) – Friso Cronológico de acordo com as referencias às área da nutrição e alimentação nos programas dos governos constitucionais, de acordo com a legislação publicada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as ações internacionais e nacionais e a disponibilidade nutricional de 5 em cinco anos desde 1974 até 2015

3.1.2.7. Recomendações Alimentares

Apesar de não existir uma PAN em Portugal, alguns organismos públicos elaboraram referências para a área da alimentação e nutrição.

O primeiro desses documentos, elaborado pelo CEN em 1977, estabelecia as necessidades nutricionais para a população portuguesa, com identificação da energia e 10 nutrientes (hidratos de carbono (HC), lípidos, proteínas, Vitaminas A, B1, B2, PP e C e os minerais cálcio e ferro), por grupo etário e por sexos ^(251, 282). Simultaneamente, foi desenvolvido o primeiro guia alimentar para a população portuguesa, Roda dos Alimentos, no âmbito da campanha Saber Comer para Saber Viver, organizado em grupos de alimentos em proporções de acordo com o recomendado (43% de fruta e produtos hortícolas, 30% de produtos cerealíferos, leguminosas secas e tubérculos, 14% de leite e derivados, 10% de carne, peixe e ovos, 3% de óleos e outras gorduras) ⁽²⁸³⁾.

Em 1983, o CAN reviu estas recomendações com a colaboração técnica do CEN, passando a incluir outros nutrientes (fibra, B6, ácido fólico, B12 e os minerais fósforo, magnésio, sódio, potássio, cloro, zinco, iodo, cobre, manganês, flúor) ⁽²⁸⁴⁾. Estas recomendações foram, posteriormente, atualizadas pelo CNAN em 1997 ⁽²⁸⁵⁾.

Em 2003, o Instituto do Consumidor concessionou à FCNAUP o estudo da necessidade de evolução do guia alimentar para a população portuguesa face às alterações decorridas na alimentação e saúde desde 1977 ⁽²⁶⁹⁾. Foi então desenvolvida A nova Roda dos Alimentos, cuja fundamentação teórica se encontra publicada, com percentagens relativas para 7 grupos de alimentos, incluindo recomendações de porções de alimentos (28% de cereais e derivados, tubérculos, com 4 a 11 porções, 23% de hortícolas com 3 a 5 porções, 20% de fruta com 3 a 5 porções, 18% de laticínios com 2 a 3 porções, 5% de carnes, pescado e ovos, com 1,5 a 4,5 porções, 2% de leguminosas com 1 a 2 porções e 3% de gorduras e óleos com 1 a 3 porções) ⁽¹⁰⁵⁾ (tabela 24).

Tabela 24 – Recomendações alimentares e nutricionais para a população adulta em Portugal.

Ano	Organismo	Recomendações Nutricionais	Recomendações Alimentares	Referência
1977	CEN	Padrão médio: 2500 Kcal/dia Hidratos de carbono: 65% do valor energético total Lípidos: 22,5% do valor energético total Proteínas: 12,5% do valor energético total		(282)
1977	CEN Tabela de necessidades nutricionais	Padrão Médio: 2800 Kcal Hidratos de carbono: 445g (64% do valor energético total) Lípidos: 77g (25% do valor energético total) Proteínas: 80g (11% do valor energético total)	Grupo I - Leite: 300g; Queijo: 9g Grupo II - Carne: 120g (100g); Peixe: 90g (115g); Ovos: 15g Grupo III - Azeite e óleos: 30g ; Manteiga: 2g; Margarina: 7g; Banha e toucinho: 14g; Grupo IV - Cereais: 325g; Leguminosas secas: 19g; Açúcar e mel: 30g Grupo V - Produtos Hortícolas: 400g; Batatas: 300g; Fruta: 300g	(251)
1977	Campanha Nacional de Educação Alimentar “Saber Comer para Saber Viver” Guia Alimentar: Roda dos Alimentos		Fruta e produtos hortícolas: 43% Produtos cerealíferos, leguminosas secas e tubérculos: 30% Leite e derivados: 14% Carne, peixe e ovos: 10% Óleos e outras gorduras: 3%	(283)
1983	CAN (com colaboração do CEN) Necessidades de nutrientes	Padrão Médio: 2800 Kcal Hidratos de carbono: 456g (65% - quase totalidade de HC complexos, e dos HC dos frutos e vegetais verdes e não do tipo sacarose) Lípidos: 75 g (25% -70-80% ácidos gordos monoinsaturados, 15-20% ácidos gordos poliinsaturados) Proteínas: 75g (10%) Fibra: 11g	Grupo I - Leite: 350g Grupo II - Carne: 100g; Peixe: 100g; Ovos: 15g Grupo III - Azeite: 35g; Manteiga ou margarina: 35g; Margarina: 7g Grupo IV - Pão: 325g; Arroz ou massa: 80g; Açúcar: 30g Grupo V - Vegetais de folha verde: 400g; Legumes verdes: 300g; Batatas: 450g; Fruta: 500g	(284)
1997	CNAN	HC totais – 50 a 70% do VET diário Fibra: 27 a 40 g/dia Lípidos: ≤ 30% do VET diário Ácidos gordos saturados < 10% do VET diário Colesterol: < 300 mg/dia Sacarose: < 20 – 30 g/dia Sal: < 6 g/dia Cálcio: 800mg/dia	Aleitamento materno – especialmente durante os primeiros 6 meses de vida da criança Adequar o consumo de cereais e produtos cereais Aumentar o consumo de produtos vegetais e fruta fresca Reduzir o consumo de gorduras, particularmente sólidas e sobreaquecidas Preferir azeite Aumentar o consumo de peixe Reduzir o consumo de açúcar e produtos açucarados Reduzir o consumo de sal Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas Grávidas, crianças e adolescentes <17 anos não devem consumir bebidas alcoólicas Adequar o consumo de leite e produtos lácteos Manter o peso adequado através de uma ingestão alimentar adequada e atividade física Comer um pequeno-almoço adequado Cereais e derivados, tubérculos: 28% (4 a 11 porções) Hortícolas: 23% (3 a 5 porções) Fruta: 20% (3 a 5 porções) Laticínios: 18% (2 a 3 porções) Carnes, pescado e ovos: 5% (1,5 a 4,5 porções) Leguminosas: 2% (1 a 2 porções) Gorduras e óleos: 3% (1 a 3 porções)	(285)
2006	Instituto do Consumidor FCNAUP Nova Roda dos alimentos			(105)

3.1.2.8. Recursos Humanos da Saúde

3.1.2.8.1. Médicos e Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde

A criação do SNS implicou um aumento do número de profissionais de saúde, tendo-se registado, entre 1974-2014, mais 33.551 médicos e mais 59.290 enfermeiros, o que representou um aumento de 355% e 969%, respetivamente (figura 52).

Os rácios população / profissional passaram de 861 em 1974 para 239 em 2014, para os médicos, e de 1.452 enfermeiros para 160 ⁽¹¹⁸⁾.

O contributo dos profissionais de saúde para o desempenho do serviço de saúde é de uma forma geral reconhecido, embora seja raramente analisado de forma sistemática ⁽²⁸⁶⁾.

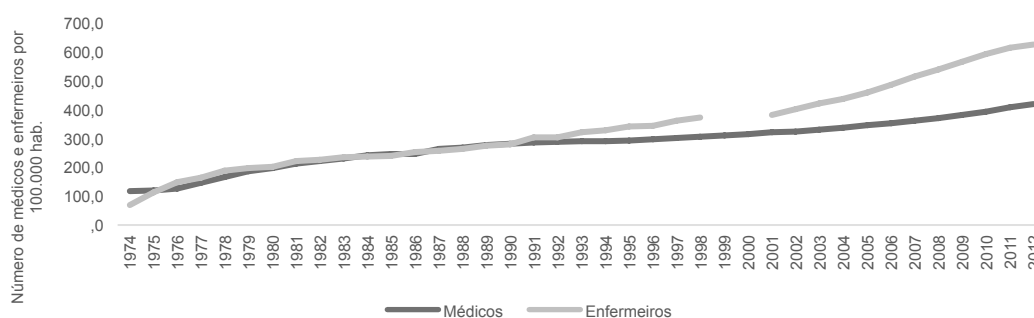


Figura 53 – Evolução do número de médicos e enfermeiros por cada 100.000 habitantes de 1974 a 2012.

(Fonte: elaborado a partir de dados do INE) ⁽¹¹⁸⁾

A partir de finais dos anos 70 do século passado, surgiram novas profissões na saúde, nomeadamente a de nutricionista (figura 53) ⁽²⁸⁷⁾. Estes profissionais são inevitavelmente profissionais de saúde, pois a respetiva atuação tem como objetivo a saúde das populações, mas o respetivo campo de atuação alarga-se à restauração coletiva e pública, à indústria alimentar, ao controlo de qualidade e à segurança alimentar, à investigação e à docência, não se limitando às áreas básicas da prevenção e tratamento ⁽²⁸⁸⁾.

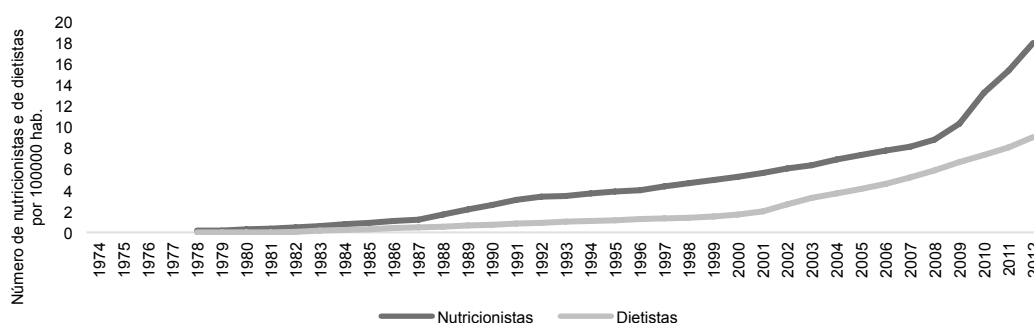


Figura 54 – Evolução do número de nutricionistas e de dietistas por cada 100.000 habitantes de 1974 a 2012.

(Fonte: elaborado a partir de dados da Ordem dos Nutricionistas, dados não publicados)

Em 2014, existiam 130.240 profissionais de saúde no total das instituições do SNS; destes, 82.003 (63%) encontravam-se em cuidados hospitalares, 24.045 (18%) em ARS (que inclui cuidados de saúde primários - ACES e serviços centrais da ARS), 13.761 (11%) em tipologias integradas de cuidados de saúde (Unidades Locais de Saúde), 6.321 (5%) em Hospitais em regime de parcerias público-privadas e 4.110 (3%) em serviços centrais e regionais de natureza técnica e administrativa (tabela 25) ⁽²⁸⁹⁾.

Tabela 25 – Profissionais de Saúde no Serviço Nacional de Saúde em 2014.

(Fonte: elaborado a partir dos dados da ACSS) ⁽²⁸⁹⁾

Médicos Especialistas	Médicos Internos	Enfermeiros	Assistentes Operacionais	Assistentes Técnicos	TDT	TSS	Outros	Total
20.310	9.710	39.691	25.983	16.871	7.985	1.711	7.979	130.240

Segundo o último relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, dispomos de uma média de 4,1 médicos/1000 habitantes, superior à média dos 28 países da UE (3,4 médicos/1000 habitantes). Os médicos portugueses encontram-se, contudo, assimetricamente distribuídos pelo território. Já no que respeita aos enfermeiros, a média portuguesa - 5,8 enfermeiros/1000 habitantes – é inferior à média dos 28 países da UE (8,1 enfermeiros/1000 habitantes) ⁽²⁹⁰⁾.

No entanto, determinadas categorias de profissionais no SNS, nomeadamente a dos os nutricionistas, encontram-se em défice, não por ausência de profissionais, mas por outros motivos, entre os quais o recrutamento ineficaz. ⁽²⁸⁶⁾.

3.1.2.8.2. Nutricionistas no Serviço Nacional de Saúde

A formação de nutricionistas foi iniciada em 1976, na Universidade do Porto. O Despacho de criação do curso referia que se destinava a “preparar técnicos capazes de realizarem tarefas de orientação e de vigilância da alimentação racional, normal e dietética, da população em geral e em instituições, como factor básico de promoção da saúde e de prevenção da doença”⁽²⁹¹⁾. Pode ainda ler-se no preâmbulo do despacho que se espera que:

os técnicos com o curso de Nutricionismo possam vir a desempenhar papel importante nos seguintes níveis de atuação: a) nos hospitais distritais, centrais e especializados, orientando e coordenando, em colaboração os dietistas e os médicos, a alimentação normal e dietética; b) nos serviços centrais do Ministério dos Assuntos Sociais, em relação com as tarefas específicas das Direcções-Gerais de Saúde, dos Hospitais e da Assistência e ainda, provavelmente, com serviços centrais de outros Ministérios, da Educação e Investigação Científica, da Agricultura e Pescas, do Comércio Interno e do Comércio Externo, interessados em problemas de produção e distribuição racional de alimentos; c) em centros de investigação sobre nutrição, indústria e domínios afins⁽²⁹¹⁾.

Emílio Peres e Gonçalves Ferreira foram os principais mentores do curso de nutricionismo na Universidade do Porto, que aspirava a dotar o país de técnicos superiores de alimentação e nutrição com conhecimentos interdisciplinares, capazes de atuarem nas áreas da saúde, assistência médica, indústria transformadora alimentar e outras atividades ligadas ao consumo de alimentos, na base da nutrição, de aplicações tecnológicas e de estudo, tendo sempre como objetivo a promoção de saúde da população⁽²⁹²⁾. Estava assim lançado o mote para a criação da profissão de nutricionista.

Em 1983, o bacharelato em nutricionismo transitou para licenciatura em nutricionismo⁽²⁹³⁾. Em 1987 foi revogado o Decreto do Governo que dera origem a essa a licenciatura⁽²⁹⁴⁾, sendo criada a licenciatura em Ciências da Nutrição⁽²⁹⁵⁾. Atualmente, a licenciatura em Ciências da Nutrição é ministrada em seis estabelecimentos de ensino superior universitário⁽²⁹⁶⁾.

Importa referir que, após quase quatro décadas da criação deste curso, e inerentemente da profissão de nutricionista, a génese das suas áreas de atuação ainda se mantém.

Apesar de a formação académica dos nutricionistas datar de 1976, tendo os primeiros graduados terminado a sua formação académica em 1979, ano de criação do SNS, a regulação da sua atuação no serviço público de saúde ocorreu apenas em 1990, com a integração dos licenciados em Ciências da Nutrição na carreira de Técnico Superior de Saúde, criada em 1981 ⁽²⁹⁷⁾, com a inclusão do ramo de nutrição ⁽²⁹⁸⁾. Determinava esta legislação que para se aceder à carreira, além da licenciatura em Ciências da Nutrição, seria necessária a conclusão de um estágio adequado, previsto no decreto regulamentar de 1981. Esta inclusão justificava-se porque “[a] área do nutricionismo, englobando determinadas especificidades para as quais devem ser exigidas formação e preparação profissional adequadas, [visava] dotar os serviços de saúde de técnicos especialmente habilitados a nela exercerem funções, ...”. Assim, o conteúdo funcional do técnico superior de saúde - ramo nutrição seria:

- a) a avaliação do estado de nutrição de uma dada comunidade, em especial nas áreas escolar e ocupacional;
- b) o estudo dos desequilíbrios alimentares geradores de doença na comunidade ou em grupos populacionais determinados e a promoção e correção dos erros detectados;
- c) a participação em programas de educação para a saúde e, em geral, de saúde pública, no domínio da educação alimentar;
- d) o aconselhamento nutricional, individual ou colectivo;
- e) a intervenção no domínio da terapêutica dietética, quando solicitada;
- f) a colaboração em reuniões científicas e em ações de formação e investigação relacionadas com a sua área de atividade. ⁽²⁹⁸⁾.

Em 1991, através da publicação do Decreto-lei n.º 414/91 ⁽²⁹⁹⁾ a carreira de técnico superior de saúde sofreu uma reformulação, justificada pelo seu enquadramento no objetivo prioritário do Governo de modernização da Administração Pública. Além desse facto, tornou-se necessário dotar a carreira de um modelo mais dinâmico e exigente, adequado a uma nova forma de perspetivar e conceber a organização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde e enquadrando estes profissionais, a par de outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua especificidade e autonomia funcionais num corpo especial de funcionários ⁽²⁹⁹⁾. Em 1999, este Decreto sofreu algumas alterações pontuais, refletidas no Decreto-lei n.º 501/99, sendo mantida a relevância da natureza da carreira, inserida no conjunto dos corpos especiais na área saúde ⁽³⁰⁰⁾. O Decreto-lei n.º 414/91 de 22 de outubro definia não só o perfil profissional do nutricionista, mas também as funções de cada uma das categorias profissionais ao longo da evolução da carreira. Assim, “o nutricionista é o

profissional habilitado com grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de planeamento, controlo e avaliação da alimentação racional” ⁽²⁹⁹⁾. Conforme previsto no Decreto Regulamentar de 1981, e posteriormente por Portaria de 1990, para o acesso à carreira de técnico superior de saúde, nomeadamente à profissão de nutricionista, tornava-se necessário, além do título académico habilitante, a frequência de estágio de carreira. Assim, em 1994 foi publicada a Portaria que aprovava o Regulamento do Estágio da carreira dos técnicos superiores de saúde ⁽³⁰¹⁾. Em 2010 foram integrados na carreira de técnico superior de saúde – ramo nutrição os licenciados em Dietética e Nutrição pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa ⁽³⁰²⁾. Atualmente, está em discussão a reestruturação da carreira de técnico superior de saúde, prevendo-se a criação da carreira de nutricionista, em simultâneo com a carreira de farmacêutico e de psicólogo ⁽⁵⁸⁾.

Quanto à profissão de dietista, esta surgiu de modo diferente, dada a necessidade de se formar os profissionais que já trabalhavam na área da dietética em hospitais, à semelhança de outros técnicos de diagnóstico e terapêutica ⁽³⁰³⁻³⁰⁶⁾.

A multiplicidade de formações na área da nutrição, com a necessidade de se separar o conceito académico do conceito profissional, bem como o interesse público desta área para a saúde da população, determinou a criação da Ordem dos Nutricionistas, em 2010 ⁽³⁰⁷⁾. Com a criação desta Ordem os nutricionista e os dietista passaram a ser regulados por uma Associação Pública Profissional e sujeitos às regras deontológicas e profissionais daí emanadas ⁽³⁰⁷⁾.

Dada a similitude entre ambas as profissões, nomeadamente no que respeita às áreas de atuação profissional e à aproximação das formações académicas, decorrentes do processo de Bolonha, foi proposta a convergência da profissão de dietista para a profissão de nutricionista, sendo acolhida em alteração estatutária, em 2015, passando a Ordem dos Nutricionistas a regular o acesso, unicamente, à profissão de nutricionista ⁽³⁰⁸⁾.

Os nutricionistas são, assim, os profissionais de saúde que “integram, aplicam e desenvolvem os princípios derivados da Biologia, Química, Fisiologia, das Ciências Sociais e Comportamentais e aqueles provenientes das Ciências da Nutrição, Alimentação, Gestão e Comunicação, para atingir e manter ao melhor nível o estado de saúde dos indivíduos, através de uma prática profissional cientificamente sustentada, à luz dos conhecimentos atuais, em constante aperfeiçoamento” ⁽³⁰⁹⁾.

No que respeita às áreas de atuação dos nutricionistas tendo em consideração as suas competências e funções, podem ser reconhecidas cinco grandes áreas de

atuação: a Nutrição Clínica, a Nutrição Comunitária e Saúde Pública; a Alimentação Coletiva e Restauração; a Tecnologia, Inovação e Marketing Alimentar e a Investigação em Nutrição e Alimentação. De acordo com o Estatuto da Ordem dos Nutricionistas as três primeiras referidas poderão ser objeto de criação de Especialidade ⁽³⁰⁸⁾.

No âmbito do SNS os nutricionistas desempenham a sua atividade profissional (1) na área da Nutrição Clínica, na qual a sua atuação ocorre essencialmente a nível dos cuidados de saúde hospitalares – no internamento e no ambulatório, e nos cuidados de saúde primários, ao nível do ambulatório e do apoio domiciliário; (2) na área da Nutrição Comunitária e Saúde Pública, a nível dos cuidados de saúde primários, nomeadamente no delineamento e aplicação de ações nacionais e regionais de promoção da saúde e prevenção da doença; (3) na área da Alimentação Coletiva e Restauração, a nível da gestão, controlo de qualidade e segurança da alimentação hospitalar.

Em Portugal, segundo dados mais recentes da Ordem dos Nutricionistas, nos ACES, quando seria desejável a presença mínima de 500 (rácio de 1 nutricionista por cada 20.000 habitantes) ⁽³¹⁰⁾ existem não mais de 111 nutricionistas, segundo dados referentes a 2016; já no total dos hospitais, trabalham apenas 305, totalizando 416 em todo o SNS ⁽³¹¹⁾.

O número de nutricionistas nos ACES tem vindo a sofrer alguma variação positiva nos últimos anos: em 2007, registavam 54 nutricionistas; em 2011, 86 nutricionistas (excluindo as regiões autónomas) ⁽³¹⁰⁾; e em 2014, 122. Note-se contudo que os dados mais recentes registaram a existência de 111 nutricionistas ⁽³¹¹⁾.

Os dados da Ordem dos Nutricionistas revelam um cenário de grande escassez de nutricionistas, nomeadamente nas regiões de Portugal com maior número de habitantes. A título de exemplo, na ARS de Lisboa trabalhavam 7 nutricionistas para 4.029.561 de utentes, ou seja, apenas estão satisfeitas 3% das necessidades (tabela 26).

Tabela 26 – Número de nutricionistas nas Administrações Regionais de Saúde em Portugal e rácio de nutricionista por utente

ARS	Nº UTENTES	Nutricionistas necessários (1/20000 utentes)	Nutricionistas existentes	% Nutricionistas existentes relativa aos nutricionistas necessários	Rácio (Nutricionista por utentes da ARS)
Norte	3 712 971	186	47	25%	78 999
Centro	1 774 608	89	19	21%	93 400
LVT	4 029 561	201	7	3%	575 652
Alentejo	502 685	25	10	40%	50 269
Algarve	451 573	23	6	26%	75 262
RAMadeira	258 686	13	15	115%	17 246
RAAçores	246 353	12	7	58%	35 193
Total	1 0471 398	524	111	21%	94 337

CAPÍTULO 4

4.1. DISCUSSÃO E REFLEXÃO FINAL

Em Portugal, na sequência do 25 de Abril, mudou fortemente a oferta alimentar para os portugueses. A adesão à Comunidade Económica Europeia em 1986 abriu as fronteiras a alimentos e a produtos alimentares produzidos externamente e, simultaneamente levou ao desinvestimento nos setores produtivos da agricultura e pescas. Assim, as políticas agrícolas, de pescas e de comércio exercem uma poderosa influência na disponibilidade de alimentos para as populações, repercutindo-se nomeadamente nos preços ⁽³¹²⁾.

Maria Daniel Vaz de Almeida

Em Portugal, tal como em outros países ^(108, 313, 314), a utilização de BA ao longo dos anos permite analisar as principais tendências da disponibilidade alimentar em conjunto com outros indicadores de saúde da população. Nas últimas décadas, o desenvolvimento económico, o aumento do poder de compra, a inovação na produção de alimentos e a globalização alimentar alteraram a situação alimentar e nutricional, verificando-se em alguns países alteração na disponibilidade de alimentos e consequentes alterações no perfil de saúde e de doença nessas populações ^(109, 121, 315).

No presente trabalho, foi analisada a transição nutricional de um país industrializado, com clima temperado e junto ao mar Mediterrâneo. A disponibilidade alimentar nacional foi analisada com base nos dados da BA, pelo que o termo mais apropriado para esta variável é “consumo nacional aparente” ⁽¹⁰⁹⁾. A análise da BA em Portugal de 1974 a 2011 mostrou que a disponibilidade dos alimentos é heterogénea, ocorrendo importantes alterações ao longo desse período, sendo que estas alterações se traduzem naturalmente em alterações da disponibilidade nutricional e têm ocorrido em vários países ^(109, 314, 316-321).

O quadro que foi traçado mostra que os portugueses alteraram o seu perfil alimentar ao longo destes 38 anos. Verificou-se que o consumo nacional aparente da maioria dos grupos alimentares aumentou consideravelmente (grupo do leite, grupo da carne, pescado e ovos, grupo da fruta, grupo das gorduras, grupo dos açúcares e adoçantes e grupo dos produtos hortícolas), tendo sido acompanhado por um aumento do consumo energético diário. No entanto, o consumo de alguns alimentos diminuiu nesta janela temporal, como os alimentos do grupo dos cereais e tubérculos, do grupo das

leguminosas e do grupo das bebidas alcoólicas. Esta tendência foi idêntica à encontrada em estudos globais mundiais, em países desenvolvidos, que verificaram um aumento do consumo de fruta e carne vermelha, uma diminuição do consumo de cereais integrais e um consumo estabilizado de hortícolas ⁽³¹⁴⁾, sendo que Portugal pode considerar-se atualmente um país desenvolvido em comparação com os padrões alimentares descritos nesses países ⁽¹⁰⁹⁾.

Foi possível verificar que os anos de 1978 e 1979 marcaram o aumento do consumo de fruta, carne, pescado e ovos, e gorduras, mas que posteriormente os anos de 1985 e 1986 marcaram o aumento do consumo de açúcares e adoçantes e leite. Estes marcos poderão ser analisados à luz da evolução política, social e económica da História de Portugal.

Entre 1933 e o 25 de Abril de 1974 (Revolução de Abril), vigorou em Portugal um regime político autoritário, autocrata e corporativista de Estado, denominado de Estado Novo. Durante esse período, bem representado pela frase de António Oliveira Salazar que defendia que os portugueses se encontravam “orgulhosamente sós”, o país manteve-se isolado do espírito europeísta e com um desenvolvimento social mínimo. Esse período abrangeu ainda, entre 1961 e a Revolução de Abril, a Guerra Colonial, que implicou grandes despesas, por parte do Estado, para suportar o conflito e grande e sacrifício por parte da população. Após a Revolução de Abril, ocorreu um processo complexo de organização política e social que culminou com a constituição do I Governo Constitucional, em 1976. No seguimento da Revolução, Portugal procurou fomentar a sua presença na zona de comércio livre da EFTA (*European Free Trade Association*) até 1977, onde os produtos importados de estados-membros não estavam sujeitos ao pagamento de impostos aduaneiros (o que naturalmente serviu para fomentar as trocas internacionais no espaço desses países), e apresentou a sua candidatura à Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1977, que foi aceite em 1986 ⁽³²²⁾. Estas datas de abertura de Portugal à Europa, marcaram uma maior disponibilidade de alimentos (devido à importação de alimentos), a receção de fundos económicos europeus e uma melhoria das condições socioeconómicas do país. Importará notar que, desde a adesão à CEE, a produção agrícola interna veio a crescer menos do que a oferta alimentar, estando assim na origem de um défice alimentar crescente ou, por outras palavras, de uma redução do grau de autossuficiência do país ⁽³²³⁾.

Os anos 90 são muitas vezes descritos como anos de riqueza e de crescimento económico; foi nesse período que se verificou o maior consumo de açúcar e

adoçantes, produtos de leite e carne, pescado e ovos.

Em 2002, a economia portuguesa entrou numa fase de estagnação ou recessão com elevadas taxas de desemprego, fase que culminou com o pedido de resgate financeiro à Comissão Europeia em 2011. Esta fase coincidiu com a estabilização/diminuição do consumo aparente de vários alimentos como os do grupo dos cereais e tubérculos (a partir de 2006), do leite (a partir de 2007), da carne, pescado e ovos (com estabilização entre 2000-2006 e diminuição a partir de 2007) e dos açúcares e adoçantes (a partir de 2005).

O quadro descrito justifica a necessidade de uma reflexão sobre as variações da disponibilidade de cada grupo de alimentos e da disponibilidade nutricional e energética.

A diminuição da disponibilidade dos cereais e tubérculos é concordante com a evolução verificada em outros países desenvolvidos cuja disponibilidade de cereais também diminuiu ^(319, 321). Numa análise sistemática que analisou 113 países, verificou-se que o consumo de cereais diminuiu 8,5g/dia entre 1990 e 2010, redução que também se verificou na europa ⁽³¹⁴⁾. Também Garcia-Closas *et al.* ⁽³²⁰⁾ verificaram que ocorreu, durante o período de 1961 a 2001, uma diminuição da disponibilidade de cereais na Europa e um aumento na África e na Ásia. Em Espanha, uma análise de 1964 a 1991 mostrou uma redução do consumo de cereais para cerca de metade ⁽³²⁴⁾. A disponibilidade de cereais e tubérculos foi das que sofreu maior número de pontos de mudança ao longo do período estudado, tendo sido intercalados períodos de diminuição da disponibilidade com períodos de aumento da disponibilidade (sendo os seus pontos de mudança mais visíveis essencialmente relacionados com a disponibilidade de trigo e batata). O trigo teve uma evolução crescente de disponibilidade, tendo sido que mais contribui para este grupo de alimentos em 2011, ultrapassando a disponibilidade de batata que até 1998 dera a contribuição mais significativa.

O consumo de fruta e vegetais teve um aumento evidente entre 1974 e 2011. Constatou-se que a disponibilidade de hortofrutícolas se encontrava acima da recomendação da OMS, representando em 1974 cerca de 568 g/pessoa/dia e em 2011 cerca de 767 g/pessoa/dia, tendo sido maior o aumento registado no caso da fruta (aumentou 115,4 g/pessoa/dia) do que no dos hortícolas (aumentou 83,6 g/pessoa/dia). Estes dados são consistentes com a situação verificada em outros países ^(109, 325), nomeadamente nos países mediterrânicos ⁽³²⁰⁾, que sugerem que a disponibilidade destes alimentos a nível mundial tem vindo a aumentar.

É claro, na evidência científica que o consumo regular de hortofrutícolas apresenta um efeito de elevado benefício para a saúde ⁽³²⁶⁾, especialmente no que respeita às DCNT ⁽³²⁷⁾. Assim, o aparecimento destas patologias está associado à baixa ingestão destes alimentos, pelo que deverá ser promovido o aumento do seu consumo para otimizar a saúde e prevenir as DCNT ⁽³²⁸⁾. Atendendo aos seus benefícios, a OMS recomenda um consumo diário de pelo menos 400 g de hortofrutícolas, o que representa 5 porções ⁽¹⁰⁹⁾. Em Portugal, a roda dos alimentos sugere a ingestão diária de 3 a 5 porções de hortícolas e de 3 a 5 porções de fruta, dependendo das necessidades energéticas individuais, correspondendo cada porção a 180 g de hortícolas crus e a 160 g de fruta ⁽¹⁰⁵⁾. Comparando os dados de consumo aparente do presente estudo com a recomendação da roda dos alimentos (3 a 5 doses de fruta e 3 a 5 doses de hortícolas) de que um adulto sedentário deverá consumir cerca de 4 doses de cada um destes alimentos ⁽¹⁰⁵⁾, verifica-se que os portugueses em 1974 consumiam aparentemente 1,2 peças de fruta por dia e em 2011 consumiam 1,9 peças de fruta por dia; em relação aos hortícolas, os dados sugerem um consumo de 2,7 doses por dia em 1974 e 3,3 doses em 2011. O consumo aparente destes alimentos encontrou-se pois ao longo deste período abaixo das recomendações da roda dos alimentos.

Em comparação com outros países, as crianças portuguesas apresentam um dos maiores consumos de fruta e vegetais ⁽³²⁹⁾, ainda que abaixo da recomendação de ingestão de 400 g/dia ⁽³³⁰⁾, muito embora resultados do mesmo estudo tenham mostrado que Portugal e Espanha apresentavam uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade do que os restantes países europeus em estudo ⁽³³¹⁾. O consumo de hortofrutícolas poderá exercer um efeito protetor no risco de doença cardiovascular. Uma das maiores evidências na diferença de consumo de alimentos entre os países da Europa Ocidental, onde se inclui Portugal, e os países da Europa Central/Oriental e região dos países da antiga União Soviética, é o seu maior consumo de fruta; este consumo superior poderá estar relacionado com a menor mortalidade por doenças cardiovasculares nos países da Europa Ocidental ⁽³³²⁾.

O consumo aparente de leite aumentou de 1974 para 2011; no entanto, a partir de 2007 verificou-se uma diminuição do seu consumo. A partir de 1986, ano em que Portugal aderiu à Política Agrícola Comum com o objetivo de criação de um grande mercado único dentro do qual se poderia importar e exportar produtos agrícolas livremente, preferindo-se os produtos produzidos dentro das fronteiras da UE, e cujos países poderiam usufruindo-se de financiamento comunitário, assistiu-se a um aumento substancial da produção e importação de leite, aumentando por conseguinte a sua disponibilidade. Este aumento do consumo também é referido em estudos com

dados do Inquérito Nacional de Saúde ⁽³³³⁾. Em 1991, foi fixada a quota de leite em Portugal; sendo que nos anos 2002/2003 e 2005/2006 Portugal chegou mesmo a ter de pagar multa por excesso de produção. A partir de 2007, o consumo de leite diminuiu, tendo a situação estado associada à instalação da crise económica, bem como ao aumento do consumo de bebidas de cereais e de leguminosas açucaradas em substituição do consumo de leite. Note-se que essas bebidas são muitas vezes associadas a um estilo de vida mais saudável, sendo o seu consumo justificado por argumentos com frágil sustentação científica. O aumento do consumo de leite também foi verificado na maioria dos países mediterrânicos, com impacto no aumento do consumo de energia proveniente de gordura animal ⁽³²⁰⁾.

O grupo que mais contribuiu para o consumo de proteínas a partir de 1989 foi o da carne, pescado e ovos, tendo anteriormente sido o dos cereais. Esta inversão é muitas vezes apontada como um momento-chave de transição nutricional ⁽¹⁷⁹⁻¹⁸²⁾, o que nos leva a refletir sobre o caso de Portugal.

A primeira transição nutricional ocorreu em países de elevado rendimento e em países em desenvolvimento, onde a alimentação passou a ser rica em gordura, açúcar, alimentos processados e pobre em fibras, tendo levado ao aumento de DCNT. No seu trabalho, Vracken *et al.* referem que uma nova transição para um quinto padrão poderá ocorrer devido a uma mudança, motivada pelo aumento do conhecimento a nível da preocupação ambiental, da saúde e do comportamento dos consumidores; a redução do consumo de carne é frequentemente apontada como uma das características dessa mudança ⁽³³⁴⁾.

O consumo de carne está associado ao rendimento e riqueza do país. O aumento do consumo de carne em países de baixo rendimento está associado a melhorias na saúde, sendo a carne um bem alimentar caro. Por outro lado, nos países ricos, o excesso de consumo de carne está associado a impactos negativos na saúde. No entanto, esta relação não é linear, sendo apontada uma relação em U invertido (*inverted U-shaped*), isto é, o seu consumo não aumenta de forma linear com o rendimento do país. Parece, na verdade, que o consumo de carne estagna ou até começa a diminuir a partir de um certo limite de rendimento ⁽³³⁴⁾. As causas apontadas para esta relação são a preocupação com a poluição e o aquecimento global, que também aumentam com o maior rendimento do país, e um aumento da preocupação com a saúde ⁽³³⁴⁾.

Espera-se que nos países em desenvolvimento, o consumo de produtos de origem animal cresça de 29% para 35% até 2030, e até 37% em 2050, por sua vez nos países

desenvolvidos a média de crescimento será até 48% ⁽³³⁵⁾. Ainda assim, a taxa de crescimento de consumo destes alimentos (que foi elevada nos últimos 50 anos) parece ir diminuindo até 2030 e ainda mais até 2050.

O presente trabalho mostra que a disponibilidade de carne mais do que duplicou de entre 1974 e 2011, tendo este aumento sido verificado com um maior aumento da disponibilidade de carne de porco e de aves. Em 1992, este tipo de carnes tornou-se mais disponível do que a carne de vaca. A diminuição da disponibilidade de carne de vaca poderá ter sido devida ao impacto provocado pela crise de encefalopatia espongiforme bovina ⁽³³⁶⁾. Nessa lógica, a produção e disponibilização de carne de porco e de aves terá beneficiado desse espaço no mercado; tendo sido também apontado como fator determinante para esse fenómeno, o facto de a pecuária destes animais produzir um menor impacto ambiental do que a produção de bovinos.

Em relação à disponibilidade de pescado, neste trabalho foi possível observar que, embora esta tenha sofrido várias oscilações ao longo do período, tornou-se relativamente estável a partir de 1985, tendo-se verificado uma ligeira diminuição progressiva da disponibilidade de peixe.

A Alimentação Mediterrânica, declarada Património Cultural e Imaterial da Humanidade, advoga o consumo de peixe rico em ácidos gordos (n-3) polinsaturados, nomeadamente de anchova, sardinha, cavala, sargo e atum vermelho, com uma frequência de 4 a 5 porções por semana ^(337, 338). Portugal é também considerado um país mediterrânico pelo clima e natureza, pelas produções agroalimentares, convivialidades e sociabilidades, bem como pela gastronomia tipicamente mediterrânica, com pratos como as sardinhas com pimentos assados ^(339, 340).

A localização geográfica de Portugal, com uma extensa costa litoral propícia ao desenvolvimento de atividades marítimas, favoreceu desde cedo a instalação de comunidades em que a pesca se constituiu como a atividade principal ⁽³⁴¹⁾. A prática da pesca constitui-se assim como uma identidade sociocultural, servindo o território marítimo de meio de manutenção de tradições, reforço da identidade local e base da economia ⁽³⁴²⁾.

Esta atividade apresentou uma evolução crescente até meados dos anos sessenta, tendo-se constatado um decréscimo, a partir desta data ^(341, 343). Associada a esta intensa atividade e à disponibilidade de pescado, em especial na zona costeira, tornou-se favorável o hábito de consumo de peixe em Portugal. De acordo com os

dados da FAO Portugal apresentava em 2005 o mais elevado consumo de peixe, quando comparado com outros países da União Europeia ⁽³⁴⁴⁾.

A diminuição do consumo de pescado, aliado a um aumento do consumo de carne, poderia conduzir à ideia de um cenário de afastamento do padrão mediterrâneo. A diminuição do consumo de pescado deve-se à influência dos hábitos alimentares ocidentais, à globalização da produção e consumo, à menor disponibilidade de pescado e à indisponibilidade de produtos processados em quantidade e qualidade e de fácil preparação, como resposta ao estilo de vida atual; há ainda naturalmente a considerar a influência de fatores económicos e culturais ^(318, 345-347).

Uma das características da transição nutricional para o padrão típico das DCNT definido por Popkin ⁽¹⁸¹⁾ é o aumento do consumo de gorduras verificado em vários outros países no mundo ⁽¹⁰⁹⁾. Esta tendência de aumento do consumo de gorduras também foi observada de forma consistente em Portugal desde 1974 até 2011, tendo ocorrido um aumento do consumo de gorduras vegetais e animais (note-se que o consumo de gorduras animais aumentou de forma mais expressiva entre 1974 e 2011, tendo na verdade os valores quase triplicado).

Em 1974, o padrão de consumo apontava como principais fontes de gorduras os óleos vegetais e o azeite; no entanto, em 2011, foram os óleos vegetais e a banha que mais passaram a contribuir para o consumo de gorduras. Os óleos vegetais continuam a ser o alimento que mais contribui para o grupo das gorduras, pese embora se tenha verificado uma expressiva diminuição entre 1988 até 1996. As gorduras de origem animal, manteiga e banha, assumem-se como os alimentos que mais contribuíram para o aumento da disponibilidade das gorduras de 1974 a 2011. Embora o azeite represente um papel importante como gordura de eleição da Dieta Mediterrânea ⁽³⁴⁸⁾, o seu consumo diminuiu desde 1974 até 1984, ano em que a sua disponibilidade foi inferior à disponibilidade da banha, que se manteve, até 2011 como o segundo alimento que mais contribuiu para o grupo das gorduras. No entanto, verificou-se um aumento expressivo da disponibilidade de azeite a partir de 2007 e até 2011. No período entre 1974 e 1983, o consumo aparente de azeite representava 4,3% do VET, tendo reduzido nas décadas seguintes e aumentado na última década (4,2%). Portugal apresenta um consumo de azeite dos mais elevados da Europa, estando abaixo do de Espanha e da Grécia, sendo este país o que apresenta o consumo mais elevado ⁽³⁴⁹⁾.

Como se pode verificar, através dos vários estudos a nível mundial, o comportamento da disponibilidade de azeite varia de acordo com a década em estudo. Entre 1966 e 2003, a disponibilidade de azeite diminuiu e a dos óleos vegetais aumentou em

Portugal, tendo-se verificado igual tendência em outros países do mediterrâneo (França, Grécia, Itália e Espanha), onde foi bem visível uma redução da contribuição do azeite comparativamente com a de outros óleos vegetais ⁽³¹⁸⁾. Durante o período de 1961 e 2001, a disponibilidade de azeite foi muito elevada na Grécia e muito baixa na França e nos outros países mediterrânicos, africanos e asiáticos ⁽³²⁰⁾. O aumento expressivo do consumo aparente de azeite em Portugal na última década poderá estar relacionado com a consciencialização, por parte dos profissionais de saúde, quanto aos seus benefícios para a saúde, e com a consequente definição de recomendações à população no sentido do seu consumo ^(349, 350); poderá também ter ficado a dever-se à melhoria das condições socioeconómicas da população.

Em relação ao consumo aparente de leguminosas, este diminuiu gradualmente desde 1974 até 2011. Sendo a Dieta Mediterrânea tradicionalmente rica em leguminosas ⁽³⁵¹⁾, a gradual diminuição do consumo destes alimentos poderá também ter resultado da alteração dos padrões de consumo e das preferências do consumidor ⁽³⁵²⁾, face a uma possível ocidentalização do consumo onde estes alimentos não assumem papel de destaque. Dada a importância do consumo destes alimentos, a FAO recomenda que os Governos criem condições de desenvolvimento da produção e consumo destes alimentos ⁽³⁵²⁾.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, percebemos que este diminuiu no período estudado e que em 1988 ocorreu uma inversão do padrão de consumo, tendo passado a cerveja a ser mais consumida do que o vinho. Analisando mais atentamente o fenómeno, verificar-se-á que o aumento da disponibilidade de cerveja poderá explicar a diminuição observada a nível do consumo de etanol. Um vinho verde apresenta um teor médio de etanol de 8 g/100ml e um vinho maduro cerca de 9.2 g/100 ml, enquanto a cerveja apresenta cerca de 3.7 g/100 ml, ou seja, menos de metade do teor de etanol ⁽¹⁰³⁾. Um estudo do consumo de etanol publicado por Balsa *et al*, constatou que em Portugal o consumo de vinho tem acompanhado as mudanças sociais, demográficas, políticas e económicas verificadas ao longo do tempo e que atualmente existe um consumo maior de cerveja em detrimento do de vinho, ocorrendo os maiores picos ao fim de semana ⁽³⁵³⁾. O aumento do poder de compra, após a década de 70, aliado a uma liberalização de costumes e a uma maior agressividade das cervejeiras e das empresas de comercialização de bebidas alcoólicas destiladas, poderá estar na base da mudança do padrão de consumo e na indução de consumo de cerveja nos jovens e nas mulheres ⁽³⁵⁴⁾.

O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal deve ser entendido como um ato social inserido num contexto de valores, religião, atitudes e normas, sendo muitas vezes motivo de estudo antropológico ⁽³⁵⁵⁾, muito enraizado num país de tradição vitivinícola, como aliás os restantes do mediterrâneo ⁽³⁵⁶⁾. No entanto, o consumo de bebidas alcoólicas e, consequentemente de etanol, é um problema social e de saúde pública quando ocorre em situações que podem interferir simultaneamente com a vida pessoal, familiar, escolar, ocupacional e social do consumidor, dando origem aos chamados “problemas ligados ao álcool”, que podem criar dependência ⁽³⁵³⁾.

Nos anos 80, o elevado consumo de etanol determinou que se criassem estruturas específicas no contexto da psiquiatria institucional e, assim, com elevada probabilidade de estigmatização ⁽³⁵⁷⁾. Desenvolveram-se então três serviços de alcoologia a nível nacional (Porto, Coimbra e Lisboa) e, em 1988, formaram-se os chamados Centros Regionais de Alcoologia, integrados na rede de serviços de saúde mental. Entretanto, foi ainda criado na DGS o Conselho Técnico de Alcoologia ⁽³⁵⁴⁾. Nessa altura, foi produzida legislação sobre condução sob efeito de álcool ⁽³⁵⁸⁾ e foi criado o código da publicidade ⁽³⁵⁹⁾; Portugal integrou então o Collaborative Study on Community Response to Alcohol-related problems, da OMS-Europa.

Seguiram-se uma série de ações, desde a criação pela OMS do 1.º Plano de Ação Europeu sobre o Álcool a fortes ações de comunicação social contra o consumo de bebidas alcoólicas; já no início do século XXI foi criado o 2.º Plano de Ação Europeu ⁽³⁶⁰⁾, que em Portugal se viu refletido no Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool ⁽³⁶¹⁾.

Voller *et. al.* ⁽³⁶²⁾, estudaram os determinantes de mudança do consumo de bebidas alcoólicas dos países europeus entre 1960 e 2000 e concluíram que a taxa de indivíduos idosos masculinos, o rendimento, o nível de educação das mulheres, o emprego nas mulheres e a idade em que foram mães tendem a aumentar o consumo de bebidas alcoólicas; concluíram ainda que enquanto as medidas políticas de redução têm resultados diferentes consoante os países.

A ocidentalização do consumo alimentar, já anteriormente mencionada, também pode ser caracterizada pelo aumento do consumo de açúcar e adoçantes ⁽³⁶³⁾, uma tendência crescente em vários países desde a década 60 ⁽³⁶⁴⁾. Também em Portugal o consumo de açúcares e adoçantes aumentou até 2005, tendo posteriormente diminuído a sua disponibilidade. Tendência semelhante foi observada nos Estados Unidos da América, onde o consumo de açúcar aumentou até meados dos anos 90, tendo começado a diminuir a partir do início do século XXI, estando essa redução

associada à redução do consumo de refrigerantes e de açúcar na própria composição dos refrigerantes ⁽³⁶⁵⁾. Entre 1974-1983, o açúcar contribuiu para o VET com a taxa elevada de 9%, tendo esta contribuição diminuído nos restantes anos, terminando entre 2004-2011 com o contributo de 7,7% para VET. Note-se que este valor é inferior às recomendações da OMS de um máximo 10% ⁽³⁶⁶⁾; a mesma *Guideline* sugere que uma meta de 5% deverá ser considerada na formulação de políticas devido aos seus benefícios para a saúde. Apesar da redução de HC verificada, a contribuição de açúcar manteve-se quase constante, sendo uma média de 276 kcal/pessoa/dia, representando 9% do VET no período de 1974-1983 e 7,7% do VET no período de 2004-2011; o consumo de edulcorantes, por seu lado, sofreu um aumento crescente. Importará referir, contudo, que se a disponibilidade de açúcar em 2004-2011 se tivesse mantido para um VET padrão de 2000 kcal/pessoa/dia, tal representaria 13,4% do VET, estando visivelmente acima da recomendação da OMS ⁽³⁶⁷⁾.

No período estudado em Portugal, o consumo energético aumentou 406 kcal/pessoa/dia, um valor semelhante ao verificado no consumo médio de energia mundial ⁽¹⁰⁹⁾. Nos países em desenvolvimento, este aumento tem sido a um ritmo mais acentuado ⁽¹⁰⁹⁾. Podemos verificar que a disponibilidade de energia começou a aumentar a uma velocidade de 47 g/pessoa/dia a partir de 1982, uma altura em que coincidiu com o aumento da disponibilidade de vários alimentos, tendo começado a diminuir a partir de 2004, a seguir ao início da chamada “crise económica”.

A proveniência da energia ao longo do período analisado sofreu alterações, tendo-se verificado um aumento das fontes de origem animal. Uma análise mais pormenorizada permitiu aferir que os potenciadores desta alteração foram as proteínas de origem animal e, de forma mais marcada, os lípidos de origem animal; assim, estes dados poderão estar relacionados com o aumento do consumo de carne, peixe, ovos e leite analisados anteriormente.

O aumento da disponibilidade energética resulta essencialmente do aumento do contributo de lípidos e também de proteína.

O aumento dos lípidos foi progressivo. Portugal era, entre 1974 e 1983 um país com um consumo aparente abaixo das recomendações da OMS ⁽¹⁰⁹⁾ (-2,5%), e evoluiu para um consumo que excedeu as mesmas (+5,5%). Os grupos de alimentos que mais contribuíram para este aumento energético foram o das gorduras e o da carne, pescado e ovos.

A análise da proteína permitiu verificar que este nutriente apresentou mais pontos de

mudança no período analisado, sendo caracterizado por um forte aumento da disponibilidade entre 1981 e 2006, ano em que começou a diminuir. Apesar das flutuações na disponibilidade, a proteína manteve-se em todo o período dentro das recomendações da OMS ⁽¹⁰⁹⁾.

Da análise da evolução da disponibilidade de HC, verificou-se que nos anos de 1981 a 1985 ocorreu um aumento dos mesmos, sendo que nos restantes anos a tendência de consumo foi decrescente. Apesar das oscilações, o contributo dos HC para o VET manteve-se sempre abaixo das recomendações da OMS ⁽¹⁰⁹⁾, sendo explicado pela disponibilidade também inconstante da quantidade de energia proveniente do grupo dos cereais. Uma análise do consumo a nível mundial permite perceber que a diminuição do contributo do grupo dos cereais se tem verificado nos países em desenvolvimento, como a China e o Brasil, essencialmente à custa da diminuição do consumo de trigo e arroz ⁽¹⁰⁹⁾. As variações do contributo energético do grupo dos cereais, em Portugal, são mais relacionadas com a variação do consumo aparente de batata, e não de trigo e arroz.

Importará notar que os dados da BA poderão constituir a base para um sistema de vigilância do consumo alimentar nacional num país sem uma PAN estabelecida. No entanto, a criação de sistemas de monitorização e vigilância do consumo alimentar com maior pormenor de dados será de grande importância para o estabelecimento de programas de intervenção alimentar e nutricional, bem como para a definição de uma PAN.

Os regimes desajustados da opulência, no seu conjunto, ou a concomitante persistência de alguns erros característicos, em particular, são hoje responsabilizados pela iniciação e progresso de anomalias funcionais e orgânicas que, durante anos, de forma surda, se vão estabelecendo e agravando, até à eclosão evidente das graves manifestações metabólicas e degenerativas da maturidade que prevalecem nas sociedades com grandes disponibilidades para consumo ⁽³⁶⁸⁾.

Emílio Peres

No contexto de reflexão sobre uma PAN, importará que se estude a evolução da disponibilidade alimentar nacional, mas também a evolução das DCNT para que se possa identificar possíveis associações e refletir sobre a evolução da saúde dos portugueses.

A taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCNT diminuiu significativamente entre 1974 e 2012. Esta diminuição é principalmente resultado da diminuição acentuada da taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCV. A taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCR também teve uma evolução decrescente, a taxa de mortalidade padronizada pela idade por Cancro sofreu uma estabilização no período estudado e a taxa de mortalidade padronizada pela idade por Diabetes aumentou cerca do dobro.

A diminuição da taxa de mortalidade padronizada pela idade por DCV tem sido verificada nas últimas quatro ou cinco décadas também em outros países ⁽³⁶⁹⁾. A diminuição acentuada da mortalidade por DCV deve-se em grande parte ao aumento da eficácia dos tratamentos, à maior utilização de terapias medicamentosas e à diminuição de alguns fatores de risco, como a diminuição da tensão arterial sistólica ⁽³⁷⁰⁾. Estes resultados mostram que o esforço da diminuição da mortalidade por DCV se encontra no tratamento da doença e não na prevenção primária através da estimulação de adoção de comportamentos saudáveis para diminuição dos fatores de risco de DCV.

Nos anos mais próximos, verificamos que tem vindo a dar-se uma aproximação da taxa de mortalidade por DCV da taxa de mortalidade por Cancro; sendo que estudos recentes apontam, na verdade, que a tendência será para a maior causa de mortalidade passar a ser o Cancro, especialmente nos homens, e a DCV diminuir progressivamente, tornando-se mais característica de pessoas mais idosas ⁽³⁷¹⁾. Esta aproximação deve-se essencialmente à grande diminuição da taxa de mortalidade por DCV, sendo que a mortalidade por Cancro permaneceu estabilizada no período de tempo analisado. O facto de ambas as doenças partilharem vários fatores de risco que poderiam ser prevenidos, como por exemplo, o excesso de peso, o uso de tabaco e a falta de atividade física, realçam a importância de uma aposta na prevenção.

Pelo contrário, a taxa de mortalidade padronizada para a idade por DM de 1974 a 2013 quase duplicou principalmente no escalão etário superior aos 65 anos, tendo sido acompanhada pelo aumento progressivo da prevalência de DM na população adulta ^(137-142, 372). Este aumento também se tem verificado em outros países da União Europeia, estando projetado um aumento significativo especialmente em países desenvolvidos até 2035 ⁽³⁷³⁾.

Numerosos estudos têm relacionado o aumento do risco de DM2 com fatores ambientais, tais como a obesidade ⁽¹³³⁾, o sedentarismo ⁽³⁷⁴⁾, a insegurança alimentar ^(135, 375) e fatores socioeconómicos como a escolaridade e o rendimento ^(376, 377). A

insegurança alimentar concorre como um fator de risco para a DM, estando associada a um pior controlo da glicemia e adesão às recomendações de saúde para estes sujeitos ⁽³⁷⁸⁾. Assim, a insegurança alimentar poderá ser uma situação que propicie um aporte de alimentos de forma irregular, com características nutricionais inadequadas para o doente diabético e de risco para um indivíduo com predisposição para o desenvolvimento de DM. Por outro lado, a obesidade e o aumento de peso também são fatores de risco para a DM2, sendo que por cada quilo de aumento de peso, o risco de DM aumenta 4,5% ⁽³⁷⁹⁾; esta relação está associada a um progressivo defeito na secreção de insulina acompanhada por um aumento progressivo da resistência à insulina em indivíduos obesos ⁽¹⁵²⁾.

O fato de a mortalidade por DM estar a aumentar principalmente em pessoas com idade superior a 65 anos já tinha sido verificado em 2013 por Boavida *et al* ⁽³⁸⁰⁾, que sugeriram que a idade da morte foi adiada nos diabéticos e é compatível com uma melhoria da qualidade e quantidade dos cuidados médicos. Estes autores realçaram ainda a importância que a melhoria da acessibilidade dos diabéticos aos dispositivos indispensáveis à sua autovigilância, iniciada em 2008, teve também impacto na idade mais avançada da mortalidade por DM e no aumento da prevalência devido a uma maior referenciação dos doentes.

Em Portugal, existe um PNPCD desde a década de setenta, tendo sido atualizado e revisto por diversas vezes, sendo um dos mais antigos programas nacionais de saúde pública ^(239, 381). A DM foi sempre contemplada nos diversos Planos Nacionais de Saúde como uma das doenças de intervenção prioritária. Atualmente, este programa recebe o nome de PND, sendo um dos programas de saúde prioritários ⁽²⁴⁸⁾. Em 2006, foi constituído o OND, na sequência e em conformidade com as regras estabelecidas pela DGS que orientam a criação de centros de observação em saúde ⁽²⁸¹⁾. Assumindo-se como uma estrutura integrada na Sociedade Portuguesa de Diabetologia, o OND tem como função: recolher, validar, gerar e disseminar informação fiável e cientificamente credível sobre a DM em Portugal.

O PND apresenta uma visão integradora dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, mas faz a proposta de estratégias assentar principalmente na prevenção primária da DM, através da redução dos fatores de risco conhecidos; incide, sobretudo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com DM.

O impacto financeiro no tratamento destes doentes é elevado, sendo os pacientes com doença crónica aqueles que mais consultas consomem em Portugal ⁽³⁸²⁾. Assim, os investimentos na prevenção são mais eficientes do que os aplicados na gestão e no tratamento da doença, para além de promoverem a qualidade de vida dos cidadãos, das famílias e das comunidades ⁽³⁸³⁾.

Intervenções para diminuição da prevalência de DM deverão focar uma abordagem integrada com sinergias e interligações dos sistemas para diminuição dos fatores de risco, levando a mudanças estruturais do comportamento dos sistemas e indivíduos sustentáveis a longo termo ⁽³⁸⁴⁾.

A associação entre as DCNT e a ingestão alimentar é reconhecida e tem sido motivo de investigação científica. No entanto, estas relações devem sempre ter sempre em consideração que os indivíduos não consomem alimentos ou grupos alimentares isolados, mas antes integrados na sua dieta ⁽³⁸⁵⁾.

A análise da associação entre o consumo de alimentos, inferido indiretamente através da disponibilidade bruta fornecida pela BA, e a taxa de mortalidade por DCNT possibilitou a verificação de que uma associação positiva no caso do consumo de leguminosas, açúcar e bebidas alcoólicas, e uma associação negativa no caso do consumo de gorduras, azeite, leite e carne, pescado e ovos. Este cálculo do coeficiente de correlação entre as variáveis é afetado pelo número reduzido de dados relativos à taxa de mortalidade por DCNT. Mais ainda, não devem ser minorizadas as limitações associadas a inferências desta natureza com séries de dados temporais, sendo a sua maior limitação a falácia ecológica. A falácia ecológica resulta de se fazerem inferências causais em relação a indivíduos tendo como base observações de grupos e advém da distribuição heterogénea da exposição ao fator em estudo e outros cofactores dentro dos próprios grupos. Outras limitações prendem-se com a dificuldade de controlo das variáveis de confundimento, isto é, dos vários fatores que podem afetar a associação, e a colineridade das variáveis em estudo. Assim, embora as associações verificadas no presente estudo são estatisticamente verdadeiras, as inferências causais entre doença e exposição alimentar devem ser analisadas com o devido cuidado.

O aumento do consumo aparente de gorduras está associado negativamente com a diminuição de mortalidade por DCNT. Este resultado não é intuitivo, visto que a maioria das recomendações, na sua maioria, vão no sentido de limitar o consumo de gorduras. Apesar disso, evidência mais recente tem apontado para o facto de, mais importante do que o teor total de ingestão de gorduras, ser o tipo de gordura ingerido

⁽³⁸⁶⁾. Diferentes alimentos fornecem diferentes tipos de gordura, sendo que as mais associadas a efeitos positivos na saúde são as gorduras monoinsaturadas e polinsaturadas e a efeitos negativos as gorduras saturadas e *trans* ⁽³⁸⁶⁾. Esta associação verificada pode ser explicada pela sinergia da maior disponibilidade de azeite, peixe e oleaginosas.

O aumento do consumo de azeite está associado significativamente à redução da taxa de mortalidade por DCNT. O azeite tem sido associado, em vários estudos epidemiológicos, à diminuição da mortalidade por doença coronária ⁽³⁸⁷⁻³⁸⁹⁾, principalmente devido à redução do risco de enfarte do miocárdio ⁽³⁹⁰⁾.

Existe alguma evidência de que o consumo de azeite está inversamente associado à incidência de cancro da mama ⁽³⁹¹⁻³⁹³⁾, cancro colo-retal ⁽³⁹⁴⁾ e da próstata ⁽³⁹⁵⁾, bem como a diminuição do risco de neoplasias no trato digestivo superior e trato respiratório ⁽³⁹⁶⁾. Os mecanismos associados a esta proteção estão relacionados com a riqueza em vitamina E ⁽³⁹⁷⁾, um potente antioxidante e com a capacidade para inibir a proliferação e promover a apoptose em várias células tumorais, principalmente devido aos compostos fenólicos ^(394, 398, 399). Estas características poderão assim influenciar não só a incidência, mas como ajudar no tratamento e prolongar a longevidade ⁽⁴⁰⁰⁾.

O azeite já foi descrito como a melhor gordura no controlo da DM ⁽⁴⁰¹⁾ e o seu consumo integrado numa Dieta Mediterrânea mostrou que pode diminuir o risco de desenvolvimento da DM2 ^(402, 403), embora esta associação não seja linear ⁽⁴⁰⁴⁾. Os sujeitos com risco elevado de DCV que seguem uma Dieta Mediterrânea com utilização de azeite virgem podem ter menos 40% do risco de incidência de DM2 ⁽⁴⁰⁵⁾, estando o consumo deste tipo de dieta associado a uma melhoria do metabolismo da glicose e a uma redução do peso ⁽⁴⁰⁶⁾, fatores associados ao controlo da DM2. A associação do consumo de azeite à diminuição de peso é muitas vezes explicada pelo facto de o consumo de azeite ser realizado em saladas e legumes, isto é, alimentos ricos em fibra e com baixa densidade energética ⁽⁴⁰⁷⁾. O azeite é uma gordura monoinsaturada rica em ácido oleico e outros compostos fenólicos ⁽⁴⁰⁸⁾, com propriedades de proteção cardiovascular, nomeadamente, aumento do HDL, diminuição do colesterol total e dos marcadores de stress oxidativo e diminuição do nível de triglicérides ^(408, 409). A incidência de DCV em indivíduos diabéticos é o dobro, no caso dos homens, e o triplo, no caso das mulheres, comparando com indivíduos não diabéticos ⁽⁴¹⁰⁾. Desta forma, os efeitos protetores do azeite ao nível cardiovascular poderão estar relacionados com a diminuição da mortalidade por DM2, devido à diminuição das comorbilidades associadas.

Em relação ao consumo de leite, o presente estudo mostrou que o seu consumo está associado de forma negativa à mortalidade por DCNT. Esta relação nem sempre é consensual entre os estudos epidemiológicos devido à heterogeneidade dos resultados ⁽⁴¹¹⁾. Esta variabilidade nos resultados pode ser explicada pela variabilidade de consumo de outros alimentos considerados protetores como os hortícolas, isto é, o maior consumo de leite parece não ter efeitos adversos na mortalidade se o consumo de outros alimentos com características protetoras for concomitante ⁽⁴¹²⁾. Um estudo de coorte com adultos japoneses mostrou que beber 1-2 vezes por mês leite, no caso dos homens, e 3-4 vezes por semana, no caso das mulheres, estava associado a uma diminuição da taxa de mortalidade, comparando com aqueles que não consumiam leite ⁽⁴¹³⁾. Em alguns trabalhos foi encontrada uma relação inversa entre o consumo de leite e a mortalidade por doença cardiovascular ⁽⁴¹⁴⁾ e cancro ⁽⁴¹³⁾; esta diminuição da mortalidade poderá explicar a diminuição da mortalidade por DCNT verificadas no nosso estudo. O mecanismo mais apontado para esta associação está relacionado com os minerais presentes no leite, como o cálcio, o fósforo e o potássio e a sua ação anti-hipertensora ^(415, 416), diminuindo desta forma o risco de DCV. O leite e os produtos lácteos integrados num regime alimentar rico em fruta e vegetais, a Dieta DASH, apresenta benefícios na saúde como diminuição da tensão arterial e redução do risco de DCV ⁽⁴¹⁷⁾.

O consumo de carne, pescado e ovos apresentou na análise realizada uma associação negativa com a mortalidade por DCNT. Este grupo apresenta alimentos que são principalmente encarados na alimentação como fonte de proteína; no entanto, as características nutricionais entre os alimentos que o compõem têm influência diferente na saúde.

A carne é considerada fonte de ácidos gordos saturados, mas também é reconhecido que a alimentação do animal pode alterar o seu perfil lipídico no sentido de diminuir os ácidos gordos saturados e aumentar os ácidos gordos polinsaturados omega-3 através da modificação da alimentação do animal ⁽⁴¹⁸⁾. Assim, o consumo de carne de gado alimentado a erva ou de pastoreio, prevalente em algumas regiões do país, poderá ter um impacto menor no aumento do risco de DCNT associado ao consumo de gordura saturada.

Vários estudos de meta-análise têm demonstrado sistematicamente que o consumo de carne processada e de carne vermelha aumenta o risco de mortalidade por todas as causas e por DCV ^(419, 420); não foi contudo encontrada esta associação para o consumo de carnes brancas ⁽⁴²⁰⁾. O consumo de carne vermelha e carne processada

está também associado ao aumento do risco de cancro, nomeadamente, o cancro do colo retal ⁽⁴²¹⁾, da bexiga ⁽⁴²²⁾ e pancreático ⁽⁴²³⁾; no entanto, esta associação não parece verificar-se no caso do consumo de carnes brancas ⁽⁴²⁴⁾. As recomendações do World Cancer Research Fund e do American Institute for Cancer Research indicam um consumo menor que 500g de carne vermelha cozinhada por semana e recomendam que não se consuma, ou consuma muito pouco, carne processada ⁽³⁹⁷⁾. Os mecanismos com maior plausibilidade biológica para a associação entre o consumo de carne e o desenvolvimento de cancro são alguns compostos mutagénicos, como as N-nitrosaminas e as N-nitrosamidas, formadas com a exposição da carne a processamento como a técnica de fumagem, e as aminas heterocíclicas, formadas principalmente durante a confeção das carnes, que apresentam capacidade para reagir com o DNA ⁽⁴²⁵⁾. Em relação à associação entre o consumo de carne e a mortalidade por DCV, a primeira fundamentação prende-se com evidências de que o consumo de carne vermelha e processada tem impacto no aumento da pressão arterial e alteração do perfil lipídico, com aumento do colesterol plasmático e das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) ⁽⁴²⁶⁾, devido à sua composição com um elevado teor em gordura saturada, gordura *trans* e sódio ⁽⁴²⁶⁻⁴³⁰⁾.

A relação entre o aumento do colesterol total e das LDL e a ingestão de gordura saturada ^(431, 432), tem sido controversa, e estudos mais recentes demonstram que a gordura saturada parece aumentar o perfil lipídico apenas quando a dieta dos indivíduos está em défice em ácidos gordos omega-3 ⁽⁴³³⁾.

Uma fonte alimentar de excelência de ácidos gordos ómega 3, é o pescado. O efeito protetor do consumo de peixe nas DCV é atribuído à sua riqueza em ácidos gordos polinsaturados omega-3 ⁽⁴³⁴⁾ e aos mecanismos relacionados com propriedades antiarrítmicas, redução nos triglicerídeos séricos ⁽⁴³⁵⁾ e da agregação plaquetária ⁽⁴³⁶⁻⁴³⁸⁾, melhoria da disfunção endotelial ⁽⁴³⁹⁾ e redução da pressão arterial ⁽⁴⁴⁰⁻⁴⁴²⁾.

O consumo de ovos, durante vários anos, foi associado a um risco aumento de DCV devido à sua composição rica em colesterol; no entanto, estudos mais recentes apontam que o consumo de até 1 ovo por dia não parecer ter efeito no aumento do risco em pessoas saudáveis ^(443, 444).

As leguminosas apresentam um elevado valor nutricional, sendo fonte de proteína, fibra, hidratos de carbono e minerais, e estão relacionadas com potenciais mecanismos de proteção de DCNT ⁽⁴⁴⁵⁾. A associação positiva entre o consumo de leguminosas e a mortalidade por DCNT é contra-intuitiva dada a explicação da sua potencial relação protetora do risco de DCNT. No entanto, esta associação poderá

estar relacionada com a forma como as leguminosas chegam hoje até ao consumidor. Os processos de conservação e transformação aplicados às leguminosas fazem com que estas se tornem um produto com elevado teor de sal ⁽⁴⁴⁶⁾, o que pode estar relacionado com o aumento do risco de DCV ⁽⁴⁴⁷⁾.

Verificou-se uma associação positiva entre o consumo aparente de açúcar e a mortalidade por DCNT. A ingestão elevada de açúcares simples está associada à má qualidade do regime alimentar, à obesidade e ao risco de DCNT, contribuindo para o aumento da densidade energética da ração alimentar, podendo reduzir a ingestão de alimentos que contêm calorias mais adequadas do ponto de vista nutricional, isto é, diminuindo a densidade nutricional da dieta ⁽³⁶⁷⁾.

O consumo de bebidas alcoólicas apresenta uma associação positiva com a mortalidade por DCNT. Existe uma forte evidência entre o impacto nocivo da ingestão de bebidas alcoólicas em DCNT como o cancro (vários tipos de cancro como da mama, cólon, recto, fígado e orofaríngeo), DM e DCV (como enfarte isquémico e enfarte hemorrágico), bem como com doenças respiratórias (pneumonia) ⁽⁴⁴⁸⁾, sendo reconhecido que a qualidade, quantidade e padrão de consumo das bebidas alcoólicas tem influência na associação com a mortalidade ⁽⁴⁴⁸⁾. Esta associação está bem descrita em alguns países como o Canadá ⁽⁴⁴⁹⁾ e a Rússia ⁽⁴⁵⁰⁾, onde o consumo de bebidas alcoólicas é apontado como um importante fator de risco associado à mortalidade da população.

Embora sem resultado significativo no presente estudo, o consumo de fruta e hortícolas tem sido associado a uma diminuição da mortalidade por todas as causas ⁽⁴⁵¹⁾, particularmente a mortalidade por DCNT, como a DCV ^(452, 453) e o cancro ⁽⁴⁵⁴⁾. O risco de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e digestivo também está diminuído em indivíduos que tenham um elevado consumo de fruta e hortícolas ⁽⁴⁵⁵⁾. A associação entre a diminuição da mortalidade e o elevado consumo de fruta e hortícolas parece ser mais forte em indivíduos com elevado consumo de bebidas alcoólicas e elevado índice de massa corporal, bem como para o consumo de hortícolas crus em vez de hortícolas cozinhados ^(452, 456); o efeito protetor parece surgir a partir de um consumo superior a 5 porções de hortícolas e fruta por dia ⁽⁴⁵¹⁾. Uma das hipóteses mais apontadas como razão dos efeitos encontrados é a capacidade de vitaminas antioxidantes, como a vitamina C, vitamina E e dos carotenoides, prevenirem o dano celular oxidativo que está muitas vezes envolvido na fisiopatologia de muitas doenças crónicas ^(457, 458). Para além destes compostos, a fruta e hortícolas são ricos em fibra, potássio, folato e vários fitoquímicos que podem intervir em

múltiplos processos biológicos com efeitos na diminuição da pressão arterial, homocisteína, stress oxidativo e estado inflamatório ^(415, 459-461). Um caso particular é o dos hortícolas da família *Cruciferae*, também conhecidos como crucíferas, ricos em compostos bioativos como o glicosinolato ⁽⁴⁶²⁾, e que estão associados à diminuição da incidência de cancro colo retal, do pulmão, bexiga, próstata e mama ⁽⁴⁶³⁻⁴⁶⁶⁾.

De acordo com a definição de transição nutricional de Popkin, e tendo em conta a análise de dados da evolução da disponibilidade alimentar, evolução demográfica e epidemiológica, podemos considerar que Portugal se encontra atualmente no quarto padrão, o das doenças degenerativas, isto é, caracterizado por um consumo elevado de gordura, com aumento da percentagem de gordura animal, elevado consumo de açúcar, aumento da esperança média de vida, elevada prevalência de DCNT relacionadas com a alimentação e declínio das doenças infecciosas, diminuição da fertilidade e envelhecimento da população ⁽¹⁷⁹⁾.

Alguns autores preveem uma segunda transição nutricional, isto é, do padrão 4 para o padrão 5 ^(179, 181, 316, 467). Poucos países fizeram mudanças significativas nos programas e políticas que resultassem em mudanças positivas no padrão alimentar e conseguissem diminuir consideravelmente as DCNT relacionadas com a alimentação. A Finlândia é comumente apontada como um dos exemplos onde a colaboração intersectorial com uma agenda nacional com foco no tema pode ser muito eficaz ⁽⁴⁶⁸⁾. Na Finlândia, a política nacional de preços e as políticas de rotulagem nutricional são combinadas com programas de educação alimentar e existe um alistamento voluntário das organizações a este esforço ⁽⁴⁶⁹⁾.

O consumo alimentar é afetado por uma série de fatores que determinam a aceitação e a escolha individual que incluem a disponibilidade, a acessibilidade, mas também pode ser influenciado pela demografia, urbanização, *marketing*, cultura, religião e rendimento, entre outros ⁽⁴⁷⁰⁾. Um dos determinantes que está diretamente relacionado com a transição nutricional é o rendimento, pois pode motivar e permitir aos indivíduos a mudança de comportamento alimentar ⁽³¹⁶⁾.

A riqueza dos países influencia os alimentos disponíveis para consumo e a estrutura energética da ração alimentar ⁽⁴⁷⁰⁾. A alimentação rica em lipídios, especialmente de proveniência animal, e de HC simples, e com diminuição de HC totais, com um contributo energético das proteínas relativamente constante, embora com diminuição das de origem vegetal por substituição pelas animais – características da transição nutricional – está relacionada com um elevado nível de rendimento, verificado pelo PIB ^(180, 470). A relação direta entre o PIB *per capita* e a estrutura da dieta mundial foi

documentada no final da década de sessenta do passado século ⁽⁴⁷¹⁾. No presente estudo, foi verificado um crescimento do PIB, ao longo dos anos em análise, tendo-se constatado a influência desta alteração do rendimento na modificação da estrutura do padrão nutricional dos portugueses, refletindo-se esta transição nutricional no perfil da mortalidade em Portugal, com 86% das mortes a deverem-se a DCNT ⁽¹¹⁴⁾.

O tratamento e a prevenção secundária de DCNT relacionadas com a alimentação e as morbilidades associadas têm custos elevados, ainda mais em países desenvolvidos com uma economia frágil. A coexistência de insegurança alimentar, obesidade e DCNT representa um desafio para os serviços de saúde. Existe uma clara necessidade de focar as políticas de saúde na prevenção das DCNT através dos cuidados de saúde primários, utilizar todos os meios adequados para aumentar a literacia alimentar da população e adaptar as políticas públicas de saúde ^(467, 472).

Uma política ou programa, relacionados direta ou indiretamente com a saúde, pode afectar o estado de saúde da população, através da alteração ou influência dos respectivos determinantes da saúde e sociais ⁽⁴⁷³⁾.

Maria João Heitor dos Santos & José Manuel Pereira Miguel

O presente trabalho permitiu uma perspetiva sequencial das políticas públicas de saúde em Portugal relacionadas com a nutrição e a influencia que receberam de organizações internacionais, bem como uma visão contextualizada das principais estratégias de prevenção e tratamento das DCNT pensadas ao nível de um processo de planeamento estratégico.

A revolução de abril, em 1974, pretendeu pôr fim a um poder político contestado pelos portugueses, que se encontrariam em más condições de vida e com baixo poder de compra. Em 1977, Portugal apresentou a sua candidatura de adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE), tendo vindo a ocorrer o acordo de pré-adesão em 1980 e a adesão oficial em janeiro de 1986. Este é um dos principais marcos influenciadores nas políticas públicas na área da alimentação, especialmente no que respeita às políticas agrícolas e agroalimentares, tendo sido visível a partir dessa data a transposição de normas que visavam adequar os mercados agroalimentares à regulamentação europeia, com vista à melhoria da competitividade do sector e impor regras, nomeadamente no domínio do controlo oficial da qualidade e segurança dos produtos alimentares. Também as Nações Unidas, como a FAO e a OMS, com as suas recomendações, foram marcando a agenda das políticas públicas de saúde, ainda que, por vezes, tardiamente.

Durante os anos 70, a política de saúde centrou-se na implementação do SNS e no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, preconizados na Declaração de Alma Ata, da OMS. Entre meados dos anos 80 e meados de 90, as políticas de saúde de Portugal começaram a ser influenciadas pelo movimento de promoção da saúde, promovido pela Carta de Ottawa da OMS, através de projetos como as “cidade saudáveis” e as “escolas promotoras de saúde”.

Só em 1990 foi publicada a LBS que determina que é ao Governo que compete formular a política de saúde. Contudo, foi em 1998 que surgiu o primeiro grande documento de planeamento estratégico baseado em metas de saúde, Saúde um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002) ⁽⁴⁷⁴⁾, a que se seguiu o relatório Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto da Situação ⁽⁸³⁾, publicado em 2002, pelo então Diretor-Geral e Alto-Comissário da Saúde, José Pereira Miguel, onde se fez o ponto da situação do país em matéria de ganhos em saúde e se criou o meritório hábito da produção de um relatório periódico sobre saúde pública do País. Já anteriormente, em 1999, Constantino Sakellarides, ao cessar as suas funções de Diretor-Geral da Saúde, havia dado o mote ao escrever o relatório sobre A Saúde em Tempo de Mudança ⁽⁴⁷⁵⁾. Seguiram-se três PNS ^(159, 246, 250), em 2004, 2013 e 2015, dando continuidade ao trabalho na estratégia de saúde. Este primeiro documento de estratégias nacionais para o sistema de saúde português conseguiu agregar uma série de contribuições positivas, que constituíram um avanço em termos da formulação explícita de estratégias de saúde ⁽⁴⁷⁶⁾. Apesar das diferenças de conceção, a concretização das orientações político-ideológicas que enquadram a política de saúde que está por detrás destes quatro documentos estratégicos traduz-se numa perspetiva comum de obtenção de ganhos em saúde, espelhando a evolução e maturação da sociedade portuguesa e do próprio SNS ⁽²⁰⁵⁾. Os quatro documentos propõem uma visão e direção para o sistema de saúde, identificando-se uma linha de continuidade indiciadora de consistência associada ao planeamento ⁽⁴⁷⁶⁾. Partem do conhecimento existente sobre a saúde da população para consensualizar prioridades, procuram ter em conta as características, necessidades e recursos do sistema de saúde e alinham-se com a evidência, orientações e boas práticas internacionais. Estas características, bem como a integração de múltiplos atores no planeamento, refletem uma preocupação de tentar ligar estes processos à realidade e contextos em que decorram.

Apesar da inegável melhoria do nosso sistema de informação de saúde, a partir da criação do SNS, em 1979, nomeadamente com: o lançamento, em 1987, do INS; a publicação do primeiro documento estratégico Saúde um Compromisso: A Estratégia

de Saúde para o Virar do Século (1998-2002); o lançamento periódico de PNS; o aparecimento, em 2001, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, com a publicação anual de relatórios síntese da evolução do sistema de saúde português (Relatório de Primavera); e a publicação pela DGS de relatórios sobre A Saúde dos Portugueses, iniciada em 1997 ⁽⁸¹⁾, continuamos a ter lacunas de conhecimento do estado de saúde da população, em geral, e do seu estado nutricional, em particular. Esta lacuna é conhecida e reconhecida.

As DCNT foram sendo gradualmente reconhecidas como um problema de saúde em Portugal, seguindo as orientações internacionais, e a alimentação saudável, embora sem estatuto de prioridade em nenhum dos quatro documentos estratégicos, foi sendo referenciada. Em nenhum destes documentos estratégicos se assumiram as propostas da OMS para se implementar uma PAN, nomeadamente a preconizada na I Conferência sobre Políticas de Alimentação e Nutrição, em 1990 ⁽²¹³⁾, no primeiro Plano de Ação para as Políticas de Alimentação e Nutrição, em 2003 ⁽²³⁰⁾ e no segundo Plano de Ação para as Políticas de Alimentação e Nutrição 2007-2012, de 2008 ⁽²¹⁴⁾.

A atenção crescente dada ao problema das DCNT refletida nos documentos e a preocupação cada vez mais explícita com a necessidade de respostas espelham este ganho de importância e respondem ao repto da OMS lançado em 2008, com o Plano de Ação Global contra as Doenças Crónicas 2008-2013 ⁽²³⁴⁾, onde a alimentação inadequada é apresentada como um dos fatores de risco, e intensificado em 2012 com o Plano de Ação para a Implementação da Estratégia Europeia para a Prevenção e Controlo das Doenças Crónicas Não Transmissíveis 2012-2016 ⁽²³⁵⁾, onde são apontadas estratégias para a redução das DCNT, com destaque para a promoção da alimentação saudável.

No PNS 2004-2010, o planeamento na saúde é definido como um processo para estabelecer prioridades consensuais, objetivos e atividades para o sector da saúde, à luz das políticas adotadas, das intervenções selecionadas e das limitações dos recursos ⁽¹⁵⁹⁾. Neste PNS, as DCV e o cancro são consideradas como as principais causas de morte, apontando-se intervenções necessárias e objetivos estratégicos, sendo a DM considerada uma das causas de morte que registou dos mais importantes acréscimos na década anterior, sublinhando-se a necessidade de reforçar o programa nacional de luta contra a DM. Refere-se a necessidade de melhorar da informação sobre obesidade, sendo esta considerada como problema de saúde pública, mas não estando incluída nas áreas prioritárias de intervenção propostas, sendo valorizada

mais como fator risco e até como determinante da saúde do que enquanto doença em si. À data da elaboração deste plano, a obesidade tinha já sido considerada como doença crónica pela OMS ⁽¹⁵⁶⁾, mas só o foi pela DGS em 2004 ⁽¹⁵⁸⁾.

Este PNS apresenta orientações para a gestão da mudança, contemplando uma nutrição saudável na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, onde se propõe proceder a um novo IAN e à revisão das recomendações para a educação alimentar para a população portuguesa, a executar em articulação com o CNAN, incluindo a organização de uma Conferência de Consenso sobre Recomendações Alimentares para a População Portuguesa. Estas tarefas não foram executadas.

O PNS 2012-2016 surge num contexto de uma prioridade política de prevenção e combate de problemas relacionados com o estilo de vida, assumida com a criação de vários programas nacionais, nomeadamente: o PNIIDSREV em 2004 ⁽²⁴⁰⁾; o PCNO em 2005 ⁽²⁴¹⁾, convertido em 2007 em PCO ⁽²⁴³⁾; o PNSE em 2006 ⁽²⁴²⁾. Estes programas surgem alinhados com os princípios da Carta Europeia de Luta contra a Obesidade, de 2006 ⁽²³²⁾ e com o Plano de Ação Global contra as Doenças Crónicas 2008-2013, de 2008 ⁽²³⁴⁾, desenvolvidos pela OMS, bem como com a Carta Branca da UE, com estratégias para melhorar os hábitos alimentares, de 2007 ⁽²³³⁾. Neste PNS é referido que as DCV (32%), o cancro (23%) e as DRC (11,1%) são, para ambos os sexos, as principais causas de mortalidade, e que a quarta principal causa engloba acidentes, envenenamentos e violência, para o sexo masculino, e DM, para o sexo feminino. Neste plano, as políticas saudáveis são consideradas como um dos quatro eixos estratégicos (a par da cidadania em saúde, da equidade e acesso aos cuidados de saúde e da qualidade em saúde), devendo consubstanciar-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que visem criar condições ambientais, socioeconómicas e culturais favoráveis à saúde individual e coletiva. Estas medidas devem contribuir para facilitar as escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, tornando-as mais acessíveis a todos, de acordo com o preconizado na Declaração de Adelaide, de 1988 ⁽²²⁸⁾. É neste contexto que é criado o PNPAS, em 2012 ⁽²⁴⁸⁾.

O PNS Revisão e Extensão a 2020 ⁽²⁵⁰⁾ define como grandes metas a redução para menos de 20% da taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as DCNT, alinhando-se com as orientações preconizadas pela OMS para prevenção e controlo destas doenças ⁽²³⁵⁾.

A análise cruzada das orientações estratégicas de organismos internacionais que se relacionam com a alimentação e a nutrição com os programas dos Governos e as

políticas públicas de saúde nacionais permite constatar que estas têm assumido uma força motriz mas, muitas vezes, com demora em relação aos reptos lançados. Estas orientações evoluíram de uma fase inicial em que a preocupação se relacionava com o suprimento das necessidades básicas de alimentos para as questões que atendessem à qualidade e à segurança dos alimentos e, mais recentemente, para as questões da soberania alimentar.

Assim, as políticas de saúde evoluíram consideravelmente durante os últimos 40 anos, tendo as medidas relacionadas com alimentação surgido em crescendo nos últimos anos, em resposta às necessidades de saúde da população e às orientações de organizações internacionais.

Os principais resultados do estudo de políticas públicas de saúde em Portugal, bem como a discussão que deles é feita neste trabalho, validam a pertinência da abordagem à problemática escolhida e da metodologia utilizada, permitindo-nos alcançar o objetivo proposto na investigação de descrever as medidas de alimentação integradas nas políticas públicas de saúde em Portugal e no contexto Europeu.

Sendo esta investigação das políticas de saúde baseada na análise documental, impera a necessidade de fazer prevalecer o rigor da técnica e a objetividade aos juízos, valores e ideias pré-concebidas de quem investiga. Esta dificuldade constitui-se como um desafio que se considera bem-sucedido, estando a validade e a fiabilidade do estudo asseguradas pela clarificação dos procedimentos de seleção do *Corpus documental* e do processo de análise realizado.

Durante o trabalho de pesquisa foi possível identificar um conjunto assinalável de intervenções na área da promoção da saúde através da alimentação, promovidas por organizações da sociedade civil, especialistas, escolas, universidades, serviços de saúde ou entidades locais e regionais, num claro sinal de que, apesar da área da alimentação e nutrição não ter estatuto de prioridade (dado que Portugal ainda não respondeu ao repto da OMS de ter uma PAN formalmente instituída), existem respostas organizadas e experiências de trabalho concretas sobre as quais valerá a pena refletir. Estas realidades não têm expressão significativa nos resultados apresentados, uma vez que a investigação se centrou nas respostas ao nível do planeamento estratégico em saúde do Governo, e constituem-se como uma hipótese de trabalho científico futuro.

Ainda dentro das intervenções na área da promoção da saúde através da alimentação promovidas pelo Governo, destaca-se o importante trabalho feito na década de

setenta: a realização da primeira Campanha de Educação Alimentar ⁽²⁵¹⁾; a criação da Roda dos Alimentos ⁽²⁰⁹⁾, como primeiro instrumento de educação alimentar, que viria a ser atualizada trinta anos depois ⁽¹⁰⁵⁾; a produção de vários documentos de referência, nomeadamente a Tabela Portuguesa de Necessidades em Calorias e Nutrientes ⁽²⁵³⁾; o início da educação alimentar nas escolas e a introdução do suplemento alimentar, que viria dar lugar ao programa do Leite Escolar ⁽²⁵⁵⁾ e a criação uma importante unidade de estudo e investigação - o CEN, integrado no INSA ⁽²⁵⁹⁾. Junto deste, na década de oitenta, foi criado o CNAN (inicialmente com a designação de CAN) com o sentido de “formular os princípios orientadores de uma política de alimentação e nutrição” ^(260, 261), o que aconteceu, mas o interesse político para a sua implementação não foi evidente ^(262, 263).

As intervenções na área da promoção da saúde através da alimentação, promovidas por organizações da sociedade civil, escolas, universidades, serviços de saúde ou entidades locais e regionais, ganhou dimensão nas últimas décadas. São exemplo: o Projeto MUNSI ⁽⁴⁷⁷⁾ que congrega a atuação das autarquias com a iniciativa da academia e de investigadores do INSA, pretendendo oferecer uma resposta interventiva e interativa à problemática da obesidade infantil, procurando a sua prevenção ao nível municipal com base em ações contínuas e sustentáveis por períodos de 1-4 anos; o Projeto POZ - Projeto Obesidade Zero ⁽⁴⁷⁸⁾, um projeto de articulação entre centros de saúde e seis autarquias, que teve como principal objetivo a promoção de estilos de vida saudáveis em crianças com excesso de peso, dos 6 aos 10 anos de idade, em ambiente familiar, compreendendo sessões de aconselhamento alimentar ao nível da consulta individual de obesidade infantil, workshops de cozinha saudável e sessões de aconselhamento alimentar em grupo; o Projeto Papa Bem ⁽⁴⁷⁹⁾, que tem como finalidade promover a literacia em saúde, através da criação e disseminação de materiais escritos e audiovisuais acerca da obesidade infantil e formas de prevenção, desde a conceção até aos 5 anos de idade; o Programa de Saúde Escolar e Promoção de uma Alimentação Saudável – PASSE ⁽⁴⁸⁰⁾, que realiza atividades nas 5 dimensões das Escolas Promotoras de Saúde previstas (organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária); a Estratégia MINORSAL.SAÚDE ⁽⁴⁸¹⁾, que se baseia essencialmente num conjunto de ações que englobam o projeto *pão.come*, o projeto *sopa.come*, assim como algumas medidas que visam a redução do sal a nível alimentar. Todos estes projetos desenvolvem uma combinação de estratégias de educação desenhada para facilitar a adoção voluntária de escolhas alimentares e de outros comportamentos relacionados com a alimentação e a nutrição que conduzam a saúde e bem-estar ⁽²⁰⁷⁾.

O comportamento alimentar é influenciado por vários fatores como predisposições comportamentais determinadas biologicamente (ex. o gosto por doce), as experiências relacionadas com a comida, fatores pessoais (ex. normas sociais e o conhecimento), fatores ambientais (ex. disponibilidade alimentar) ⁽²⁰⁷⁾. Todos estes fatores interagem uns com os outros de forma dinâmica. O conhecimento e habilidades relacionadas com a alimentação é um dos fatores que influenciam o comportamento e práticas alimentares do sujeito.

Contudo, apesar do crescendo de intervenções na área promoção da saúde através da alimentação, estas revelam-se insuficientes face ao cenário de saúde em Portugal. Apesar de, nos discursos políticos, os cuidados de saúde primários sempre terem sido mencionados como a base do sistema de saúde e uma prioridade política, os números não cumprem estas declarações, dada a escassez de profissionais de saúde nestes cuidados ⁽⁸⁴⁾. Se para os profissionais de saúde é este o cenário, os nutricionistas não são exceção, com uma parca presença nos cuidados de saúde primários, o que penaliza a aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Portugal, apesar dos aparentes programas criados por força do pensamento estratégico de alguns e da cooperação com organismos internacionais como a OMS e a FAO, não imprimiu a necessária força nos programas e nas políticas relacionadas com a alimentação. Deveria ter seguido o exemplo da Finlândia, primeiro país a implementar uma PAN, na década de 70, seguindo as recomendações da OMS.

Também em Portugal, na década de 70, foi elaborada por Gonçalves Ferreira uma proposta para a criação de uma PAN que nunca foi implementada, apesar dos alertas retratados em vários artigos ^(251, 253).

Foi ainda nesta década que, em Portugal, foi traçada a visão do que deveria ser o serviço de saúde à população, num conceito que viria a ser o SNS, através de indivíduos visionários, entre os quais se destaca também Gonçalves Ferreira ^(6, 7), e indivíduos estrategas como António Arnaut, que a implementou ⁽¹⁴⁾.

A democracia trazida pelo 25 de abril de 1974 e a declaração de Alma-Ata de 1978, formulada por ocasião da Conferência Internacional da OMS sobre cuidados de saúde primários, constituiu a oportunidade para consolidar as ideias destes visionários, levando à implementação do SNS em 1979.

Em Portugal, apesar da inexistência de uma PAN, alguns programas estão a ser desenvolvidos, como é o caso do PNPAS, face ao retrato de saúde e dos hábitos alimentares dos portugueses ⁽⁴⁸²⁾.

A criação do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável em 2012, é a primeira tentativa formal de criar no terreno um plano de ação para a alimentação em Portugal ⁽²⁰⁹⁾.

Pedro Graça & Maria João Gregório

A análise do *Corpus Documental* feita no presente estudo relativa às políticas públicas de saúde permitiu verificar que os Governos reconheceram, por vezes tardiamente, estes problemas alimentares e nutricionais do País e tentaram implementar medidas, organizando o serviço público de saúde. Contudo, continua a faltar o que poderia ser essencial: a implementação de uma verdadeira política na área, há 40 anos pensada e nunca implementada.

A implementação de uma PAN deverá ser uma prioridade para melhorar o estado da saúde em Portugal. Tal deverá englobar uma estratégia intersectorial, que inclua todos os sectores da sociedade a nível nacional, regional e local, numa filosofia de “saúde em todas as políticas”.

É necessária uma ação decisiva em grande escala, de todo o Governo, no sentido de permitir aos cidadãos o direito a uma alimentação adequada.

A política alimentar é o conjunto de medidas que têm em vista pôr à disposição da população os alimentos de diversos tipos de que esta necessita e assegurar o seu consumo regular pelos indivíduos, procurando instituir ou manter hábitos corretos de alimentação racional ao longo da vida, de forma que a saúde, a capacidade de trabalho e o bem estar sejam promovidos no mais alto nível, de acordo com os conhecimentos científicos à medida que vão sendo adquiridos e tornados utilizáveis ⁽²⁵¹⁾.

Gonçalves Ferreira

Para traçar uma PAN importa conhecer-se o estado de saúde da população. No que diz respeito às DCNT, há algumas histórias de sucesso para intervenções que visem a sua prevenção através da alimentação ⁽⁴⁸³⁾.

Para que haja mudança nos hábitos alimentares são necessárias intervenções a nível individual, comunitário e político ^(207, 208, 264).

A literatura fornece algumas conclusões claras e consistentes sobre os elementos de sucesso da educação alimentar. Os programas de educação alimentar que têm como alvo comportamentos específicos são mais suscetíveis de serem eficazes do que são

aqueles com objetivos vagos ⁽²⁰⁷⁾. Um exemplo concreto é o conselho para "reduzir a ingestão total de gordura na dieta". Esta é uma declaração geral e não um comportamento do consumidor. Em vez disso, a alteração de comportamento desejado implicaria conselhos como "retire a pele das aves e as gorduras visíveis antes de cozinhar" ou "leve uma peça de fruta para o trabalho" ou ainda "inicie a refeição com uma sopa de legumes". Também parece haver uma dose / resposta à quantidade de mudança que pode ser esperada. Por exemplo, uma única consulta é pouco provável que seja suficiente para que possam ocorrer alteração nos hábitos alimentares ⁽²⁰⁷⁾.

A evidência científica tem vindo a demonstrar a necessidade de alteração de hábitos alimentares da população, para a prevenção das DCNT. Alias, a este respeito é sabido que alterações positivas na alimentação, na atividade e nos comportamentos sedentários têm um impacto positivo na manutenção do peso corporal saudável, reduzindo assim o impacto nas DCNT ⁽¹²¹⁾. Neste contexto, foi demonstrado que crianças com excesso de peso ou obesidade têm maior probabilidade de se tornarem adultos obesos ⁽⁴⁸⁴⁾, pelo que será essencial que as políticas públicas na área da alimentação e da nutrição sejam dirigidas a crianças ⁽⁴⁸⁵⁾. Neste seguimento, a escola parece ser o local mais adequado para a implementação de políticas na área da alimentação e da nutrição, é neste contexto que as crianças passam a maior parte do seu tempo diário, pelo que o ambiente escolar terá uma grande influencia na saúde das crianças. A escola desempenha assim um importante papel no desenvolvimento das cognitívio, emocional e psicológio crianças tornado-se, por isso um importante local para a promoção de hábitos de vida saudáveis ^(328, 486). Vários estudos realizados com intervenções nas escolas que visavam a promoção do consumo de fruta e de produtos hortícolas, como por exemplo o *High Five-Project* ⁽⁴⁸⁷⁾ e o *Eat Well and Moving Program* ⁽⁴⁸⁸⁾, verificaram um aumento do consumo de hortofrutícolas e uma diminuição do consumo de bebidas açúçadas, bem com uma diminuição dos casos de excesso de peso e obesidade, 13 a 24 meses após o período intervencionado. Também o estudo europeu Pro Children demonstrou uma associação positiva entre o número de ações de educação alimentar que promovam o consumo de hortofrutícolas e as alterações do consumo destes alimentos em crianças dos 10 aos 13 anos ⁽⁴⁸⁹⁾. Outro estudo realizado na Austrália *The Fresh Kids* ⁽⁴⁸⁶⁾, no âmbito das *Health Promoting Schools*, realizado em crianças do ensino básico que teve como objetivo promover o consumo de fruta e de água e diminuir o consumo de bebidas açucaradas, verificou que após dois anos de implementação do programa de educação alimentar um aumento significativo do consumo de fruta e de água e uma diminuição do consumo de bebidas açucaradas. Verificou ainda um aumento

significativo de crianças que consumiam fruta ao longo do dia, especialmente crianças com um nível socioeconómico mais baixo. Assim, para a eficácia das campanhas de educação alimentar a escola é, sem dúvida, um meio fundamental no auxílio da mudança comportamental, não só através do aumento da disponibilidade de alimentos saudáveis, como a fruta, os hortícolas e a água, como da inclusão no currículo escolar de matérias que promovam o aumento da literacia no que respeita à alimentação e à nutrição, sem descurar o envolvimento dos pais, como fundamentais na mudança de comportamentos ^(485, 486, 490).

O acesso a alimentos saudáveis, por si só, não vai resolver os problemas complexos da relação entre a alimentação e as DCNT. O sucesso dependerá de abordagens que são multifacetadas e envolvem parcerias entre o Estado e a sociedade civil ⁽⁴⁸³⁾.

Dado o impacto na morbilidade e mortalidade de uma alimentação inadequada e dada a transição nutricional verificada em Portugal, o Estado deverá empenhar-se em procurar um rumo na definição de uma política adequada às questões da alimentação e nutrição. Não se pode perder a oportunidade de se avançar e colocar a nutrição na agenda política. As políticas e programas a traçar terão de ser baseados na ciência e alguns estudos identificam alguns elementos para uma PAN bem sucedida. Contudo, as problemáticas atuais da nutrição e alimentação são complexas. Dada essa complexidade, não é plausível que uma única solução para a melhoria do cenário das DCNT, através da alimentação, seja identificada ⁽⁴⁸³⁾.

As ações na área da alimentação e nutrição em Portugal têm vindo a ser influenciadas por organismos internacionais, nomeadamente a UE e a OMS. As políticas da UE, como a Política Agrícola Comum e a estratégia de Defesa do Consumidor, que incluem regras de segurança e qualidade alimentar, mas também de informação ao consumidor, em que a legislação alimentar é harmonizada dentro dos Estados-Membros, influenciaram a oferta e a procura de alimentos e têm portanto uma influência sobre as políticas alimentares e de saúde pública; Portugal não tem sido nesse sentido uma exceção. De facto, as regras para livre circulação de géneros alimentícios constitui um aspeto essencial do mercado interno europeu, pretendendo contribuir para a saúde e o bem-estar dos cidadãos pelo que, nos últimos anos, a UE assentou muita da sua produção legislativa tendo em vista atingir um elevado nível de proteção da saúde dos consumidores e de garantir o seu direito à informação sobre os alimentos que consomem. É exemplo, em matéria de harmonização legislativa da UE, o diploma de 2006 relativo às regras para a inclusão de alegações nutricionais ou de saúde nos rótulos dos géneros alimentícios ⁽⁴⁹¹⁾ e, mais recentemente, o diploma

relativo à prestação de informação aos consumidores sobre os géneros alimentícios, de 2011 ⁽⁴⁹²⁾. Este último regulamento prevê que os rótulos sejam claros, compreensíveis e legíveis, com inclusão obrigatória da declaração nutricional. Esta rotulagem nutricional constitui um método importante de informação dos consumidores sobre a composição dos alimentos para os ajudar a fazer escolhas informadas. Dada a importância da rotulagem nutricional como uma ferramenta para auxiliar o consumidor na escolha dos alimentos, nomeadamente para a aquisição de alimentos mais saudáveis, alguns países têm equacionado implementar a rotulagem nutricional de carácter interpretativo na frente do produto (comummente designada de semáforo nutricional), que apresenta consistência científica para auxiliar o consumidor a identificar os produtos mais saudáveis ^(493, 494), mas a implementação desta informação deve ser acompanhada de campanhas de educação para a descodificação desta rotulagem ⁽⁴⁹⁵⁾. Recentemente, a OMS realçou a importância do uso de uma política de preços para promover uma alimentação saudável com o objetivo de alterar a disponibilidade alimentar, ou seja, tornar mais acessíveis os alimentos mais saudáveis e menos acessíveis os alimentos menos saudáveis ⁽⁴⁹⁶⁾. Sendo o preço um importante fator de escolha dos alimentos, têm sido estudadas medidas económicas e de incentivo de preço para promover comportamentos alimentares saudáveis; vários países da UE, têm adotado essas medidas. Neste sentido, o impacto da taxação dos alimentos deve ser analisado do ponto de vista económico, tendo em consideração os ganhos em saúde e a redução nos custos do serviço de saúde. No entanto, do ponto de vista teórico, num modelo simplista de procura-oferta, pode-se supor que um aumento no preço de um produto estará associado a uma redução da venda do produto, pelo que uma política de taxação irá “corrigir” a tendência da procura de produtos com impacto negativo comprovado na saúde. Estudos longitudinais mostraram que o aumento de preço de certos produtos alimentares está associado à diminuição do seu consumo, do consumo energético e do IMC da população, particularmente em certos grupos da população com elevado IMC, com baixo rendimento e jovens, mas que o seu retorno financeiro deve ser usado em programas de prevenção para que os benefícios em saúde pública possam ser pronunciados ⁽⁴⁹⁷⁻⁵⁰⁰⁾. Atendendo a que o consumo de produtos com elevado teor de açúcar, de gordura saturada, de gordura *trans* e de sal constitui um fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, com elevado impacto no aumento da doença e incapacidade dos sujeitos, o que acarreta um aumento dos custos sociais e de saúde, acrescendo a diminuição da produtividade e da qualidade de vida, importa definir estratégias que alterem a sua disponibilidade e acessibilidade. Uma outra forma de corrigir a procura destes alimentos será através de subsídios a alimentos essenciais. Os subsídios podem agir

da mesma forma, mas em sentido contrário, isto é, através do estímulo à procura e consumo de alimentos essenciais, sendo um bom exemplo a subsidiação de fruta e hortícolas ⁽⁴⁹⁶⁾. A decisão da implementação de medidas como estas (rotulagem nutricional de carácter interpretativo na frente do produto alimentar e taxaço de alimentos) devem ser enquadradas em políticas globais de saúde, exigindo pois um conhecimento económico, social e de saúde da população portuguesa e devendo atender paralelamente a várias questões, nomeadamente: promover junto da indústria alimentar a reformulação de produtos; fazer a vigilância das medidas, incluindo a vigilância alimentar da população; e, no caso da taxaço, garantir que o valor auferido com a sua aplicação seja totalmente revertido para subsidiar programas de prevenção, de que poderá ser exemplo uma campanha de educação alimentar.

De facto, as orientações e alertas da OMS, no que diz respeito à importância da nutrição nas políticas públicas, têm sido constantes desde a década de 90 e não têm deixado os Estados indiferentes; Portugal tem que avançar. Igualmente, a alimentação e a nutrição têm estado em destaque na agenda política da UE devido à carga causada pelas DCNT, relacionadas com a alimentação. A Comissão Europeia, desde 2007 ⁽²³³⁾, adotou uma estratégia para melhorar os hábitos alimentares na UE, em resposta às posições da OMS, com a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, de 2006 ⁽²³²⁾ e a estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde, de 2004 ⁽²³¹⁾. Mais recentemente, o foco da OMS passou a assentar nas DNCT, com o Plano de Ação Global contra as Doenças Crónicas 2007-2012, em 2008 ⁽²¹⁴⁾ e o Plano de Ação para a implementação da Estratégia Europeia para a Prevenção e Controlo das Doenças Crónicas Não Transmissíveis 2012-2016, em 2012 ⁽²³⁵⁾. Portugal respondeu com a criação da PCO e, mais recentemente, com o PNPAS. Note-se contudo que, apesar de ser um passo muito importante, trata-se de uma resposta circunscrita a programas e não num contexto verdadeiramente global. Portugal falhou no passado, e continua a falhar no presente, ao não responder ao primeiro repto da OMS em 1990 ⁽²¹³⁾, para que os países implementassem uma PAN, numa ação multisectorial envolvendo a população, e ao segundo repto lançado mais recentemente, em 2008 ⁽²¹⁴⁾, desta feita com o objetivo de auxiliar os Estados a desenvolverem políticas contra as DCNT relacionadas com a alimentação. Esta resposta tardia, ou ausência de resposta, é pressentida na análise dos programas dos diversos Governos, onde se constata que a alimentação e a nutrição, como determinantes com grande impacto na saúde, não têm merecido a desejável colocação da agenda política desde a proclamação da democracia.

A ausência de uma PAN é visível em Portugal, sendo escasso o conhecimento dos nossos problemas nutricionais e as razões que lhes subjazem. Não dispomos de sistemas regulares de vigilância e de monitorização, bem como de estudos epidemiológicos frequentes, pilares desta base de conhecimento. É de realçar que o único IAN data de 1980 ⁽⁹¹⁻⁹³⁾ que as recomendações nutricionais para a população portuguesa são de 1997 ⁽²⁸⁵⁾ e que as últimas recomendações alimentares são de 2006 ⁽¹⁰⁵⁾, trazidas pela nova roda dos alimentos.

O mérito da ação do PNPAS, desde 2012, é inegável, pois iniciou uma intensa ação ⁽²¹¹⁾ para auxiliar na prevenção e tratamento de doenças relacionadas com a alimentação, tendo também encetado um trabalho articulado com a restauração coletiva, a indústria e outras autoridades e organizações, e deverá ser o embrião mobilizador da criação de uma verdadeira PAN, como Gonçalves Ferreira proclamava nos anos 70 do século XX.

A Finlândia é comumente apontada como exemplo em política de nutrição, pois foi o primeiro país da Europa a ter uma PAN aprovada em Parlamento e implementada, e tem concentrado a sua ação no sentido de transmitir aos consumidores conhecimentos e competências sobre alimentação saudável, como parte de sua educação básica ⁽⁵⁰¹⁾.

A sociedade tem a responsabilidade de permitir que os consumidores levem uma vida saudável, tomando decisões que apoiem os objetivos da política nutricional. O Estado deve dar mais importância à nutrição. As medidas apresentadas pelo PNPAS devem ser incluídas no processo de tomada de decisão política das entidades governamentais, quer a nível global quer a nível local, nos municípios. Tais metas devem ser tratadas juntamente com os objetivos de outras políticas, nomeadamente a económica e a agrícola.

Os hábitos alimentares dos portugueses parecem estar a afastar-se de um padrão alimentar saudável, como se confirmou neste trabalho através da análise das disponibilidades, recorrendo a recomendações nutricionais da FAO/OMS ⁽¹¹²⁾ e recomendações alimentares recentes, baseadas em evidências científica ⁽⁵⁰²⁾. Constata-se, na verdade, que é imperioso avançar no sentido de permitir a adequação do comportamento alimentar da nossa população.

Mas como conseguir a mudança dos comportamentos alimentares para uma nova transição nutricional?

Quais são as barreiras e as oportunidades para que Portugal atinja o desejado direito humano à alimentação adequada?

A mudança de comportamento para uma alimentação saudável representa enormes benefícios para a saúde e para a economia. Existem diversas abordagens para melhorar as escolhas alimentares: o aconselhamento alimentar, com a intervenção de nutricionistas; a informação nutricional nos rótulos dos alimentos; a informação nutricional nas ementas; a adequação da oferta alimentar nas escolas; e a alteração da disponibilidade alimentar com subsidiação e taxação de alimentos. No entanto, são na realidade vários e complexos os fatores que influenciam estas escolhas alimentares, passando pela esfera individual, ambiental, económica e sociocultural. A nível individual, os comportamentos alimentares são determinados não apenas pela preferência pessoal, mas também por aspetos familiares, religiosos, educacionais, mas também pelo rendimento, conhecimentos e competências alimentares e nutricionais, capacidade de cozinhar e estado de saúde ⁽⁵⁰³⁾. Outros fatores relevantes são os hábitos alimentares e a sua relação com a saúde, com a motivação e os valores ⁽⁵⁰⁴⁾. Fora do foro individual, os determinantes socioculturais que incluem as normas culturais, as pressões sociais e as redes sociais, bem como as influências ambientais, como a acessibilidade, a disponibilidade de alimentos, o custo e a conveniência, influenciam as escolhas alimentares ⁽⁵⁰⁵⁾. Cada um desses determinantes individuais, ambientais, económicos e socioculturais molda as escolhas de alimentos, mas também a política agrícola, as formulações da indústria alimentar e o marketing, os acordos comerciais nacionais e internacionais ⁽⁵⁰⁶⁾. Estes complexos determinantes representam barreiras, mas o conhecimento da sua importância na escolha alimentar representa uma oportunidade para desenhar intervenções para incentivar à obtenção de hábitos alimentares saudáveis e alcançar o direito humano à alimentação adequada.

Mas quais podem ser as oportunidades para assegurar o direito humano a uma alimentação adequada?

Em primeiro lugar, que as abordagens para facilitar a mudança de comportamento alimentar se baseiem em evidência científica.

No que diz respeito às estratégias na prática clínica, o SNS pode liderar um modelo de intervenção na consulta de nutrição, uma vez que existem estudos que identificam abordagens eficazes para a mudança individual de comportamento ^(507, 508). Estas estratégias podem ser incorporadas na prática profissional dos nutricionistas para direcionar os indivíduos para a alteração de comportamentos alimentares específicos

e outros hábitos de vida, tais como o uso do tabaco, inatividade física e consumo de bebidas alcoólicas. É de salientar que o SNS terá de incrementar o número de nutricionistas, um importante recurso humano da saúde; o Estado apostou na formação destes profissionais, aquando de grandes pensamentos estratégicos de saúde, mas que tarda em os aproveitar em conveniência.

Contudo, pode haver uma diversidade de situações capazes de limitar a capacidade de se implementar estratégias eficazes para a mudança de comportamento alimentar dos indivíduos. Essas barreiras podem incluir, por exemplo: o número insuficiente de profissionais de saúde, nomeadamente de nutricionistas; o tempo limitado que os profissionais de saúde têm para os utentes; os investimentos financeiros insuficientes para a prevenção da doença e promoção da saúde; o baixo conhecimento das estratégias mais eficazes para mudança de comportamento; e ferramentas inadequadas para a avaliação do estado nutricional e dos hábitos alimentares, bem como para a monitorização de comportamentos ao longo do tempo. Alterações específicas na organização do SNS podem apoiar e facilitar os esforços de mudança de comportamento por parte dos indivíduos ⁽⁵⁰⁹⁾, se contemplarem, nomeadamente o incremento de nutricionistas (nos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados), a criação de ferramentas eletrónicas específicas para estas áreas e para os nutricionistas, em todos os níveis dos cuidados de saúde do SNS, a adequação das ligações comunicacionais e a introdução de melhorias para articulação de cuidados de terapêutica nutricional, bem como sistemas de *follow-up*. Estes sistemas podem incluir as novas tecnologias, nomeadamente na promoção de hábitos alimentares saudáveis, incluindo aplicações de dispositivos móveis e programas na internet ⁽⁵⁰⁹⁾. Estas tecnologias são promissoras devido ao possível baixo custo, ao alcance e às oportunidades para modificações e melhorias contínuas personalizadas. Em paralelo as campanhas de educação alimentar, como desenvolvidas na década de 70 do século XX, são um meio desejável de intervenção ⁽⁵¹⁰⁾.

Em segundo lugar, as políticas públicas de saúde devem integrar uma política de alimentação e nutrição intersectorial.

Dados os papéis principais de fatores sociais e ambientais na formação de hábitos alimentares, as políticas públicas de saúde na área da alimentação e nutrição devem ser de base populacional para alcançar um amplo sucesso. Estratégias eficazes podem ser concebidas e implementadas a nível local (por exemplo, nas escolas, nos locais de trabalho e na comunidades), nos municípios e a nível nacional. Várias abordagens específicas têm forte evidência de eficácia ^(511, 512). Estas experiências

demonstram que a educação ou informação, por si só, sem mudanças económicas e ambientais adicionais, tem uma influência limitada sobre o comportamento ⁽⁵¹²⁻⁵¹⁴⁾. Abordagens integradas, com múltiplos componentes que incluam medidas educacionais da comunidade e abordagens ambientais podem ser especialmente eficazes. As estratégias políticas na área da alimentação e nutrição podem complementar os esforços do SNS, que deverá fazer parte integrante desta política, ao mesmo tempo que se devem incluir medidas para reduzir as desigualdades sociais.

Por último, uma política que pretenda assegurar o direito à alimentação adequada deve envolver todas as partes interessadas. As alterações bem-sucedidas e sustentáveis no comportamento alimentar da população exige colaboração entre os vários intervenientes, incluindo profissionais de saúde, professores, académicos, sistema de saúde, seguradoras, organizações da comunidade, associações profissionais, escolas, locais de trabalho, decisores políticos, agricultores, distribuição, restauração e indústria alimentar ^(506, 511, 515).

A avaliação e a monitorização do estado nutricional e dos hábitos alimentares da população portuguesa, bem como as medidas políticas implementadas, são essenciais.

O caminho a seguir deve apontar para colocar a nutrição na agenda política em Portugal, levando à criação de um órgão interministerial e consultivo do Governo em matéria de alimentação e nutrição, como existiu no passado o CNAN, de modo a que seja possível promover uma articulação nestas matérias entre os diferentes setores do Governo (saúde, educação, agricultura, segurança social, ambiente, economia, investigação, entre outros), do poder local e da sociedade civil, incluindo a produção, a restauração e a distribuição.

A finalidade última da implementação de uma política na área da alimentação e nutrição será promover o direito humano à alimentação adequada e, consequentemente, melhorar o estado nutricional e de saúde da população, em Portugal. Ao MS, em coordenação com os ministérios que tutelam áreas conexas, caberá propor a sua definição, promover e vigiar a respetiva implementação e execução, estabelecendo que esta política tenha âmbito nacional e sendo o SNS o palco coordenador para a sua operacionalização.

O SNS é um património moral irrenunciável da nossa Democracia, porque é indispensável à cidadania, à dignidade individual e à justiça coletiva ⁽⁵¹⁶⁾.

António Arnaut

Nos últimos tempos, tem-se assistido à discussão sobre o passado, o presente e o futuro do SNS. O SNS tem mantido no essencial o espírito da sua criação, com oscilações entre períodos com iniciativas que pretendem reforçar o estatuto de uma organização com uma missão pública e períodos com iniciativas no sentido da evolução para uma combinação de diversas organizações e partes interessadas e com o reforço da participação de entidades e organizações privadas com fins lucrativos.

Ao longo das últimas quatro décadas, o SNS tem vindo a ser alvo de reestruturação em nome da sua sustentabilidade, tendo-se verificado uma dependência da ideologia política vigente. Apesar disso, no geral, foi considerável a capacidade de resistência do que será, sem dúvida, uma das grandes conquistas da luta pela cidadania, especialmente o direito universal à saúde. A situação, poderá mudar e o Estado Social e os serviços públicos de saúde com carácter universal poderão ter de dar lugar à proteção à saúde através do recurso a mecanismos de mercado e de uma defesa da superior eficiência da prestação privada de cuidados ⁽⁵¹⁷⁾. Esta discussão surge quer por força da disciplina orçamental, que o atual contexto de crise económica tem imposto, quer em consequência de uma eventual não sustentabilidade destes modelos, tendo em conta o perfil demográfico das populações das sociedades atuais, caracterizado por um aumento da esperança média de vida e por um envelhecimento populacional.

Mas o cenário da saúde e da doença mudou nos últimos 40 anos. Na altura da criação do SNS, Portugal caracterizava-se por indicadores sanitários e de saúde muito desfavoráveis e por um conjunto fragmentado de serviços de saúde, nomeadamente hospitais do Estado, hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Sociais da Previdência e sector médico privado; baixo financiamento dos serviços públicos da saúde (a despesa do Estado em saúde era de 0,3% do PIB em 1974 evoluindo num rápido crescendo até 3,0% em 1979 e crescendo até aos 5,0% em 2013).

Pode dizer-se, de uma forma geral, que nos últimos anos os ganhos em saúde foram significativos em áreas sujeitas à influência de determinantes externos, de ordem socioeconómica, melhorias estruturais e prestação de serviços ⁽⁸⁴⁾, permitindo alcançar resultados surpreendentes. Estas melhorias são atribuídas pelo European Observatory

on Health Systems and Policies ao “melhor acesso a uma rede de saúde em expansão, com continuidade do compromisso político, e crescimento da economia, que permitiram melhores condições de vida e o aumento do investimento nos cuidados de saúde” ⁽⁵¹⁸⁾.

Em Portugal, contudo, os progressos são menores em áreas sujeitas à influência de determinantes comportamentais, conduzindo a mortes por causas evitáveis, com tradução no elevado peso das DCNT.

É de salientar que há ainda um longo caminho a percorrer em matéria de bem-estar, atendendo aos dados do Better Life Index ⁽⁵¹⁹⁾, da OCDE, que referem que Portugal se situa abaixo da média no estado de saúde da população.

Nos países mais desenvolvidos, o crescimento do tempo de vida tem ultrapassado muitas das expectativas e dos cenários anteriormente traçados. Esta evolução, que acompanhou a transição epidemiológica, decorreu de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, de uma evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica a uma escala impensável anos atrás. A tudo isto há a acrescer o desenvolvimento económico e social, cujos impactos benéficos na saúde das populações são factos adquiridos ⁽⁶⁹⁾.

A transição epidemiológica ⁽⁵²⁰⁾ constitui uma visão global das mudanças da mortalidade num tempo de longa duração ⁽⁵²¹⁾. A transformação do modelo de mortalidade, que acompanha a transição epidemiológica, traduz-se no aumento da idade média em que ocorrem os óbitos, com a maioria das mortes por DCNT em idades avançadas ⁽⁵²²⁾, à medida que as populações se aproximam de um potencial limite biológico da sobrevivência (segundo Fries, a esperança de vida limite da população seria de 85 anos), podendo a DCNT presumivelmente ser adiada por mudanças no estilo de vida ⁽⁵²⁰⁻⁵²³⁾.

A compreensão deste facto, a par da compreensão da transição nutricional, que integra os processos de transição demográfica e epidemiológica, sendo um processo de modificações sequenciais no padrão de consumo alimentar, que acompanha mudanças económicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações, deve permitir que sejamos capazes de desenhar estratégias para melhorar. Estas estratégias devem incluir nomeadamente a redução da obesidade, da HTA, do colesterol e da DM ⁽⁵²⁴⁾, tal como enunciado na Estratégia de Saúde 2020 da OMS ⁽²¹⁵⁾, refletindo no desenvolvimento de programas de saúde pública que promovam hábitos alimentares saudáveis ^(80, 525) e sustentáveis.

A transição demográfica, a transição nutricional e a transição epidemiológica das doenças exige a reorganização dos serviços de saúde, sob pena da sustentabilidade dos sistemas de saúde poder ficar comprometida ^(526, 527). Como foi já relatado, em Portugal, os gastos do estado em saúde têm vindo a aumentar nas últimas quatro décadas ⁽⁵⁰⁾. Contudo, o valor gasto em prevenção é muito parco, situando-se em cerca de 20€ anuais por pessoa, face a um valor de despesa corrente em cuidados de saúde anual *per capita* de cerca de 2000€ ⁽²¹⁸⁾.

Segundo Nigel Crispe *et al.* ⁽⁵⁹⁾, a questão mais grave que Portugal enfrenta é a carga global das DCNT. Estas doenças tendem a necessitar de tratamento prolongado e aumentam os custos de todo o sistema. Além disso, muitos idosos têm mais do que uma destas doenças, multiplicando-se dessa forma as suas necessidades ^(59, 528).

Os números disponíveis para outros países ocidentais sugerem que cerca de 5% dos doentes absorvem 40% dos recursos de cuidados de saúde e 10% mais de metade ⁽⁵²⁹⁾. Quase todos estes doentes são pessoas com DCNT. A título de exemplo, no Reino Unido 70% da despesa total em cuidados de saúde e cuidados sociais corresponde ao tratamento e aos cuidados de saúde de pessoas que sofrem de doenças de longa duração ⁽⁵³⁰⁾.

Assim, a prevenção da doença e a gestão dos próprios cuidados de saúde são uma parte muito importante destas estratégias, no sentido de contribuir tanto para a melhoria da qualidade, como para a redução de custos.

De acordo com dados do Banco Mundial, de 2007, a promoção do crescimento económico fomentará a melhoria de ganhos em saúde ⁽⁵³¹⁾, sendo que a nutrição permanecerá como elemento-chave para assegurar a manutenção da vida e o direito à alimentação como necessidade básica ⁽⁵³²⁾. No entanto, o presente estudo vem de encontro a outros que têm vindo a demonstrar que o aumento do rendimento dos países não é sinónimo de bons hábitos alimentares, influenciando a estrutura energética da ração alimentar e o respetivo contributo dos macronutrientes ⁽⁴⁷⁰⁾, nem é sinónimo de alívio da fome ou da desnutrição infantil, ou da redução de défices de micronutrientes ^(532, 533). Assim, a desnutrição pode coexistir, em vários países, com níveis elevados de excesso de peso, obesidade, DM, DCV e alguns tipos de cancro ⁽⁵³³⁾. Em Portugal, a par das doenças condicionadas por excessos alimentares, como a obesidade ⁽¹⁶⁰⁻¹⁶²⁾, coexistem situações de insegurança alimentar, como estudado recentemente por Maria João Gregório ⁽¹⁹⁴⁾.

É de salientar que a pobreza aumentará as situações de insegurança alimentar ^(192, 193), estimando-se que, em 2014, segundo dados do Eurostat relativos a pessoas em risco de pobreza e exclusão social em Portugal, tenha apresentado das percentagens mais elevadas de pessoas em situação de risco de pobreza na União Europeia a 28 (com percentagem superior a Bulgária, a Grécia, a Espanha, a Croácia, a Itália, a Letónia, a Hungria e a Roménia), não se revestindo esta situação de maiores dimensões dadas as transferências sociais. Em 2014 o risco de pobreza era de 47,8%, antes de qualquer transferência social, sendo de 19,5%, após transferências sociais. Esta situação pode causar insegurança alimentar, sendo que vários estudos têm relatado associações entre insegurança alimentar e DCNT ⁽¹⁸³⁻¹⁸⁷⁾.

O mundo mudou dramaticamente desde o desenvolvido da Carta de Ottawa, em 1986. As soluções de promoção da saúde continuam a evoluir e tornaram-se mais sofisticadas em resposta aos múltiplos desafios criados por um mundo em constante mudança ⁽⁵³⁴⁾.

O quadro epidemiológico das doenças relacionadas com a alimentação exige intervenções de promoção da alimentação saudável. Há vários trabalhos que evidenciam intervenções eficazes, que os decisores políticos podem implementar para melhorar os hábitos alimentares e os níveis de atividade física da população ⁽⁵³⁵⁾.

Entre as diversas categorias, as intervenções que são multicompetentes e adaptadas ao contexto local são as mais bem-sucedidas. Aquelas que são cultural e ambientalmente adequadas também são muito mais propensas a serem implementadas e sustentadas. Além disso, as intervenções que utilizam as estruturas sociais existentes de uma comunidade reduzem as barreiras à sua implementação. Implícita em todas as intervenções bem-sucedidas é a participação das partes interessadas ao longo do processo. Assim, qualquer intervenção no âmbito da alimentação e nutrição, sob pena de não surtir o impacto desejado, deverá, acima de tudo, ser direcionada para a adoção de uma estratégia de prevenção trans-governamental e multisectorial que garanta o comprometimento de diferentes ministérios para com os preceitos de uma política estruturada, integrada e sustentável, enfatizando a orientação das prioridades para os resultados em saúde ⁽⁵³⁵⁻⁵³⁷⁾.

Perante as questões relativas à nutrição, tanto a desnutrição, ligada às questões da fome e da pobreza, como as DCNT, relacionadas com o estilo de vida e ao ambiente obesogénico da sociedade atual, têm levado os países a estabelecer políticas e diretrizes nacionais para a criação de ações para o combate a essas questões ⁽⁵³⁸⁾.

Portugal enfrenta hoje muitos dos mesmos riscos e problemas de saúde que outros países ocidentais enfrentam. Tem uma população envelhecida, com elevada prevalência de DCNT, em que cerca de 54% da população ou 5,4 milhões de Portugueses apresentam pelo menos uma DCNT ⁽⁵²⁸⁾ e uma alteração da disponibilidade alimentar ao longo das últimas décadas que comprovam a transição nutricional havida, conforme demonstrado neste trabalho.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é património de todos os portugueses.

SNS é pago, continuamente, por todos.

Muitos portugueses exercem aí as suas profissões, e todos necessitam de contar com o SNS para a proteção e promoção da sua saúde.

Por tudo isso, é importante que todos conheçam bem o SNS de forma a poderem colaborar ativamente no seu bom funcionamento, desenvolvimento e modernização ⁽⁵¹⁶⁾.

Constantino Sakellarides

O SNS não será sustentável a menos que seja aliviado algum do constrangimento por meio de uma abordagem sistemática de prevenção dos problemas de saúde e promoção da saúde. O SNS, só por si, não poderá fazê-lo. A OMS lembra que as sociedades modernas promovem estilos de vida pouco saudáveis ⁽⁵³⁹⁾. Existe uma oportunidade para congregar todos aqueles que estão ligados à saúde no sentido de contribuírem para melhorar a saúde de todo o país. Cada um terá um papel a desempenhar ⁽⁵²⁸⁾.

O envelhecimento é um fenómeno social que representa um dos desafios mais importantes do século XXI. O envelhecimento é uma conquista das sociedades modernas devendo, no entanto, ser área de intervenção e antecipação para que a mais anos se acrescente “mais vida”, isto é, mais anos com qualidade de vida ⁽⁸⁴⁾.

Portugal optou por proteger, constitucionalmente, o acesso à saúde com um serviço de saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito. Esta foi a resposta que Portugal encontrou para proporcionar de forma abrangente o acesso a cuidados de saúde, à população e a cada um, em função da sua necessidade e não da sua capacidade de pagar, assumindo a responsabilidade coletiva de, através dos impostos, financiar a atividade do SNS.

O país alcançou, ao longo das quatro últimas décadas, indicadores de saúde muito significativos, seja como resultado do enorme desenvolvimento económico e social

que a sociedade portuguesa conheceu no mesmo período, seja como fruto do dispositivo de saúde criado que estabeleceu uma rede de cuidados primários, uma rede de cuidados hospitalares e, mais recentemente, uma rede de cuidados de saúde continuados.

A sustentabilidade futura do SNS, que corresponde a uma fatia elevada dos custos globais que os portugueses despendem em saúde, é o maior desafio da atualidade.

Apesar de tudo, o custo suportado pela sociedade, através do financiamento do SNS evidencia, face aos resultados obtidos, um importante investimento realizado pela democracia portuguesa. Contudo, o futuro do SNS deverá passar por uma maior aposta na prevenção, onde a promoção da saúde através da alimentação seja o desiderato, com uma política que garanta o direito humano à alimentação adequada.

A garantia do direito humano à alimentação adequada das populações deve ser um objetivo prioritário de todas as políticas na área da alimentação e da nutrição, reconhecendo assim o acesso a uma alimentação saudável como um direito social que deve ser assegurado pelo Estado ⁽³¹⁵⁾.

Admite-se que o direito dos portugueses a uma alimentação adequada exija uma ação concertada entre as diversas políticas públicas, respeitando o princípio da OMS da “saúde em todas as políticas”, abordagem estratégica das DCNT ⁽⁵⁴⁰⁾ e explanado no PNS 2012-2016 ⁽²⁴⁶⁾.

A “saúde em todas as políticas” é uma estratégia de abordagem intersectorial, onde as ações e políticas da iniciativa de setores fora da saúde podem ter repercussões, positivas ou negativas, na saúde e visa a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através de intervenções dirigidas aos grandes determinantes sociais da saúde. As sinergias e os compromissos entre setores, a nível nacional, regional e local, é decisiva para promover a efetividade e a sustentabilidade das intervenções, além de essencial perante o impacto crescente da DCNT na saúde e no desenvolvimento económico. A promoção da saúde em todas as políticas deve envolver as instituições, agências e departamentos com responsabilidade nos planos central, regional, local e institucional, bem como as instituições de ensino superior e as sociedades científicas ⁽⁵⁴¹⁾.

Para a concretização da estratégia “saúde em todas as políticas” é necessário que o setor da saúde assuma um papel de advocacia da saúde, construa o conhecimento e as bases de evidência que fundamentem as medidas de política e as decisões a

adotar, crie plataformas de diálogo intersectorial e promova o trabalho em parceria com os restantes setores.

De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde assenta em cinco eixos de ação: definição de políticas saudáveis em todas as áreas da governação e setores sociais; promoção da literacia em saúde e capacitação de pessoas e comunidades para agirem sobre os determinantes da saúde; criação de ambientes favoráveis à saúde e à realização de opções de vida saudável; reforço da ação comunitária e intersectorial; reorientação dos serviços de saúde, tornando-os mais eficientes, equitativos e próximos das populações ⁽¹⁷³⁾.

No entanto, o serviço público de saúde, jamais conseguirá promover a saúde da população descurando as questões alimentares e nutricionais, devendo olhar para estas questões numa perspetiva global, desenhando políticas nesse sentido.

É nesta lógica que se deve integrar a criação de uma Política Nutricional em Portugal, assegurando o direito da nossa população a uma alimentação adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos AC, Simões J. 40 Anos de Abril na Saúde. Lisboa: Almedina; 2014.
2. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. 1979-2014: SNS, 35 anos a cuidar dos Portugueses. Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde; 2015.
3. Campos AC. Saúde o custo de um valor sem preço. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.
4. Campos AC, Simões J. O percurso da saúde: Portugal na Europa. Almedina; 2012.
5. Miguel JP. A Saúde em Tempos de Transição (1968-1974). 2008.
6. Ferreira G. A política de saúde em Portugal—uma experiência de definição legislativa e de organização de serviços de saúde. Lisboa: Edição do autor; 1972.
7. Ferreira G. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian; 1990.
8. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. I Série N.º 228(1406-34).
9. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro. I Série N.º 228(1406-34).
10. World Health Organization. Declaração de Alma Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde 1978; . Alma Ata, URSS: Declaração de Alma Ata; 1978. [atualizado em: 6-12 de setembro de 1978].
11. Ministros PdCd. Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro. I Série, n.º 259(
12. Canotilho JJG, Moreira V, Portugal. Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976 revista pelas leis constitucionais nos 1-82, 1-89, 1-92 e 1-97. 2005.
13. Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro. I Série, n.º 285 - Supl(
14. Arnaut A. The National Health Service: Dream and Reality. Acta medica portuguesa. 2015; 28(1):4-7.
15. Assembleia da República. Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. I Série, n.º 214(
16. Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro. I série, n.º 206(
17. Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho. I série, n.º 147(
18. Sociais MdA. Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril. I Série, n.º 93(
19. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho. I Série, n.º 169 1º Suplemento(
20. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março. I Série, n.º 66(
21. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro I Série, n.º 17 - 3º Suplemento(
22. Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro I série, n.º 18(256-(2).
23. Assembleia da República. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. I Série, n.º 195(
24. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. I Série-A, n.º 12(
25. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro. I Série - A, n.º 229(
26. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 97/98 de, 18 de abril I Série - A, n.º 91(
27. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho. I Série - A, n.º 173(
28. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro. I Série - A, n.º 219(
29. Ministério da Saúde. Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de novembro. 7959.
30. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio. I Série - A, n.º 108(
31. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. I Série - A, n.º 108(
32. Assembleia da República. Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. I Série - A, n.º 258(
33. Ministério da Saúde. O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril. I Série, n.º 77(
34. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro. I Série - A, n.º 284(
35. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho. I Série - A, n.º 109(
36. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. I Série - A, n.º 109(
37. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. I Série, n.º 161(
38. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. I Série, n.º 38(
39. Ministério da Saúde. Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto. I Série, n.º 162(
40. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril I Série, n.º 65(
41. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio. I Série, n.º 96(
42. Assembleia da República. Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro. I Série, n.º 16(
43. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro. I Série, n.º 195(
44. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. I Série, n.º 195(

45. Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro. I Série, n.º261(
46. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho. I Série, n.º131(
47. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015. OECD Publishing; 2015.
48. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro. I Série, n.º249(
49. Direção-Geral da Saúde. Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde - Direção-Geral da Saúde; 2015. [atualizado em: Maio de 2015].
50. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA: Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2009. [atualizado em: 12 de novembro de 2015]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal>.
51. Cardoso HFV, Padez C. Changes in height, weight, BMI and in the prevalence of obesity among 9-to 11-year-old affluent Portuguese schoolboys, between 1960 and 2000. *Annals of human biology*. 2008; 35(6):624-38.
52. Antunes A, Moreira P. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes Portugueses. *Acta Med Port*. 2011; 24(2):279-84.
53. Rito A, Wijnhoven TM, Rutter H, Carvalho MA, Paixao E, Ramos C, et al. Prevalence of obesity among Portuguese children (6-8 years old) using three definition criteria: COSI Portugal, 2008. *Pediatric obesity*. 2012; 7(6):413-22.
54. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Sjoberg A, Eldin N, Yngve A, Kunesova M, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School nutrition environment and body mass index in primary schools. *International journal of environmental research and public health*. 2014; 11(11):11261-85.
55. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas Sixth 2013 - update 2014. 2014.
56. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance: Europe 2014. Update 2015. OECD Publishing; 2015.
57. Direção-Geral da Saúde. Alimentação em Números 2014 - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
58. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. Políticas de Saúde 2011-2015. Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde; 2015.
59. Crisp N, Berwick D, Bos W, Lobo Antunes J, Pita Barros P, Soares J. Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2015:233.
60. Santana P. Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. Almedina (Ed). 2010; 30:21-81.
61. Organisation for Economic Co-operation and Development. Organization for Economic Co-operation and Development Stat. 2015. [atualizado em: 29 de novembro de 2015]. Disponível em: <http://stats.oecd.org/>.
62. Instituto Nacional de Estatística. DESTAQUE INE: Projeções de população residente 2012-2060. INE: Instituto Nacional de Estatística; 2014.
63. Rosa MJV. Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*. 1996:1183-98.
64. Nogueira HG, Santana P. A geografia da mortalidade em Portugal continental. *Cadernos de Geografia*, nº18, Coimbra, Instituto de Estudos Geográficos, Centro de Estudos Geográficos. 1999:65-96.
65. World Health Organization. Health Topics - Mortality. World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mortality/en/>.
66. Santana P. Os Sistemas de Informação Geográfica e a investigação em saúde. *Cadernos de Geografia*. 1999(18):53-64.
67. Santana P. A mortalidade 'evitável' em Portugal continental, 1989 a 1993. *Revista de Estudos Demográficos*. 2002; 32:107-46.
68. Oliveira I. Mortalidade: compressão, deslocamento e causas de morte. *Rev Estudos Demográficos*. 2008; 48(1):35-76.
69. Fernandes AA. Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*. 2007:419-43.
70. Delnord M, Blondel B, Zeitlin J. What contributes to disparities in the preterm birth rate in European countries? Current opinion in obstetrics & gynecology. 2015; 27(2):133-42.
71. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*. 2014; 383(9918):748-53.

72. Valero de Bernabé J, Soriano T, Albaladejo R, Juarranz M, Calle MaE, Martínez D, et al. Risk factors for low birth weight: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004; 116(1):3-15.
73. Ebisu K, Holford TR, Bell ML. Association between greenness, urbanicity, and birth weight. *Science of The Total Environment*. 2016; 542, Part A:750-56.
74. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference - signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States Official Records of the World Health Organization: World Health Organization; 1946. [atualizado em: 22 de julho de 1946]. 100.
75. Ferrinho P., Bugalho M., Miguel J.P. For better health in Europe. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme; 2004.
76. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008; 372(9650):1661-69.
77. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
78. Institute of Medicine . Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st C. The Future of the Public's Health in the 21st Century. National Academy Press; 2003.
79. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet*. 1991; 338(8774):1059-63.
80. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health - Fifty-seventh World Health Assembly. 2004/10/06 ed.; 2004. [atualizado em: Sep].
81. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 1997.
82. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses - Perpetiva 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
83. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Ganhos de Saúde em Portugal Ponto de Situação - Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde e Ministério da Saúde; 2002. 208.
84. Sakellarides C, Reis V, Escoval A, Conceição C, Barbosa P. O futuro do sistema de saúde português:—Saúde 2015. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. 2005
85. Struijk EA, Beulens JW, May AM, Fransen HP, Boer JM, de Wit GA, et al. Dietary patterns in relation to disease burden expressed in Disability-Adjusted Life Years. *The American journal of clinical nutrition*. 2014; 100(4):1158-65.
86. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease 2013 - Institute for Health Metrics and Evaluation. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013 Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
87. Elmadfa I, Meyer A, Nowak V, Hasenegger V, Putz P, Verstraeten R, et al. European Nutrition and Health Report 2009. *Annals of nutrition & metabolism*. 2009; 55 Suppl 2:1-40.
88. Portugal Gd. Governos Constitucionais. 2015. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais.aspx>.
89. Pinhão S, Poínhos R, Afonso C, Franchini B, Teixeira VH, Moreira P, et al. Ingestão nutricional, medidas antropométricas e doenças crónicas auto-reportadas numa amostra representativa da população portuguesa. *Alimentação Humana*, Vol 18, nº2. 2012
90. Poínhos R, Franchini B, Afonso C, Correia F, Teixeira V, Moreira P, et al. Alimentação e estilos de vida da população portuguesa: metodologia e resultados preliminares. *Alimentação Humana*. 2009; 15(3):43-60.
91. Gonçalves Ferreira F, Amorim Cruz J. Inquérito Alimentar Nacional (1º parte). *Revista do Centro de Estudos de Nutrição*. 1985; 9(4)
92. Gonçalves Ferreira F, Amorim Cruz J. Inquérito Alimentar Nacional (2ª parte). *Revista do Centro de Estudos de Nutrição*. 1986; 10(3)
93. Gonçalves Ferreira F, Amorim Cruz J. Inquérito Alimentar Nacional (3ª parte). *Revista do Centro de Estudos de Nutrição*. 1987; 12(1)
94. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Administrações Regionais de Saúde. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física. 2015. Disponível em: <http://ian-af.up.pt/>.
95. Helsing E. Traditional diets and disease patterns of the Mediterranean, circa 1960. *The American journal of clinical nutrition*. 1995; 61(6 Suppl):1329s-37s.

96. De Almeida MDV, Graça P, Rodrigues S. Mudanças do padrão de disponibilidades alimentar e recomendações nutricionais. *Revista de Alimentação Humana*. 1999; 5(3):29-36.
97. Santos JL, Carmo Id, Graça P, Ribeiro I. O futuro da alimentação - ambiente, saúde e economia. Fundação Calouste Gulbenkian; 2013.
98. Porto A, Oliveira L. Tabela da Composição de Alimentos. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Centro de Segurança Alimentar e Nutrição. 2006
99. Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 1980-1992. Instituto Nacional de Estatística: Instituto Nacional de Estatística; 1994.
100. Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 1990-1997. Instituto Nacional de Estatística. 1999.
101. Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 2003-2008. Instituto Nacional de Estatística, Destaque. 2010
102. Instituto Nacional de Estatística. Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012. Instituto Nacional de Estatística, Destaque. 2014
103. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Tabela da composição de alimentos portuguesa. 1ª ed. INSA: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2007.
104. Durão C, Oliveira J, Almeida MDVd. Evolução das disponibilidades de alguns alimentos em Portugal de 1916 a 2000. *Alimentação Humana* 2007; 13:43-50.
105. Rodrigues SS, Franchini B, Graca P, de Almeida MD. A new food guide for the Portuguese population: development and technical considerations. *Journal of nutrition education and behavior*. 2006; 38(3):189-95.
106. Rodrigues SS, de Almeida MD. Portuguese household food availability in 1990 and 1995. *Public health nutrition*. 2001; 4(5b):1167-71.
107. Rodrigues SS, Caraher M, Trichopoulou A, de Almeida MD. Portuguese households' diet quality (adherence to Mediterranean food pattern and compliance with WHO population dietary goals): trends, regional disparities and socioeconomic determinants. *European journal of clinical nutrition*. 2008; 62(11):1263-72.
108. Food and Agriculture Organization. FAOSTAT: FAO Statistical database. Food Balance. Food and Agriculture Organization of the United Nations - Statistics Division; 2015. [atualizado em: 2 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://faostat3.fao.org/download/FB/FBS/E>.
109. World Health Organization, Food and Agriculture Organization. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation: Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases. Geneve; 2003.
110. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of hypertension*. 2014; 32(6):1211-21.
111. World Health Organization. Noncommunicable diseases. World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
112. World Health Organization, Food and Agriculture Organization. Global Strategy on Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneve: World Health Organization; 2000. Disponível em: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.
113. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*. 2012; 380(9859):2095-128.
114. World Health Organization. Portugal: Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles , 2014.: World Health Organization; 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf?ua=1.
115. World Health Organization. World health statistics 2012 Geneve: World Health Organization; 2012.
116. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voûte J, Leeder S. Prevention of chronic diseases: a call to action. *The Lancet*. 2007; 370(9605):2152-57.
117. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet (London, England)*. 2006; 367(9524):1747-57.
118. Instituto Nacional de Estatística. 25 de abril - 40 anos de estatísticas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2014.
119. World Health Organization Regional Office Europe. European Health for All database (HFA-DB). World Health Organization Europe: World Health Organization Europe; 2015.

[atualizado em: 28 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.

120. Pan American Health Organization, World Health Organization. Report on the United Nations high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases. Washington, D.C., USA: United Nations; 2011. [atualizado em: 26 - 30 September 2011].

121. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneve: World Health Organization; 2013.

122. Pan American Health Organization, World Health Organization. Report on the United Nations General Assembly High-Level Meeting On The Progress Achieved In The Prevention And Control of Noncommunicable Diseases. Washington, D.C., USA; 2014. [atualizado em: 29 September - 3 October 2014].

123. O'Flaherty M, Buchan I, Capewell S. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? Heart (British Cardiac Society). 2013; 99(3):159-62.

124. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization; 2009.

125. Cruz AA, Bousquet J, Khaltsev NG. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. World Health Organization; 2007.

126. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5):1047-53.

127. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice. 2011; 94(3):311-21.

128. Tamayo T, Rosenbauer J, Wild SH, Spijkerman AMW, Baan C, Forouhi NG, et al. Diabetes in Europe: An update. Diabetes Research and Clinical Practice. 2014; 103(2):206-17.

129. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas Sixth 2015. 2015.

130. Zhang P, Zhang X, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010; 87(3):293-301.

131. Matheus AS, Tannus LR, Cobas RA, Palma CC, Negrato CA, Gomes MB. Impact of diabetes on cardiovascular disease: an update. International journal of hypertension. 2013; 2013:653789.

132. Golay A, Ybarra J. Link between obesity and type 2 diabetes. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism. 2005; 19(4):649-63.

133. Haslam D. Obesity and diabetes: the links and common approaches. Primary Care Diabetes. 2010; 4(2):105-12.

134. Ardisson Korat AV, Willett WC, Hu FB. Diet, lifestyle, and genetic risk factors for type 2 diabetes: a review from the Nurses' Health Study, Nurses' Health Study 2, and Health Professionals' Follow-up Study. Current nutrition reports. 2014; 3(4):345-54.

135. Seligman HK, Bindman AB, Vittinghoff E, Kanaya AM, Kushel MB. Food insecurity is associated with diabetes mellitus: results from the National Health Examination and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002. Journal of general internal medicine. 2007; 22(7):1018-23.

136. Rocha NP, Milagres LC, Novaes JFd, Franceschini SdCC. Associação de insegurança alimentar e nutricional com fatores de risco cardiometabólicos na infância e adolescência: uma revisão sistemática. Revista Paulista de Pediatria. 2015

137. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2009 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal. 2009.

138. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2010 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal. 2010.

139. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2011 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal. 2011.

140. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal. 2012.

141. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2013 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal. 2013.

142. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal. SPD; 2014.

143. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014 2015.

144. Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R, et al. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. 2010; 27(8):879-81.
145. Alberti KGMM, Zimmet Pf. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic medicine*. 1998; 15(7):539-53.
146. Federation ID. Diabetes Atlas Sixth 2013 - update 2014. 2014.
147. Minor T, MacEwan JP. A comparison of diagnosed and undiagnosed diabetes patients and labor supply. *Economics & Human Biology*. 2016; 20:14-25.
148. Direção-Geral da Saúde. A Diabetes representa um custo directo de 1.000 milhões de euros DGS. Os custos directos da diabetes, que englobam os medicamentos, a hospitalização e o ambulatório, estão a aumentar em Portugal A solução passa por prevenir, educar e controlar. DGS: DGS; 2010. [atualizado em: 10 de janeiro de 2010].
149. Mata-Cases M, Casajuana M, Franch-Nadal J, Casellas A, Castell C, Vinagre I, et al. Direct medical costs attributable to type 2 diabetes mellitus: a population-based study in Catalonia, Spain. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2015
150. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, Chait A, Eckel RH, Howard BV, et al. Diabetes and cardiovascular disease: A statement for healthcare professionals from the american heart association. *Circulation*. 1999; 100(10):1134-46.
151. Leon BM, Maddox TM. Diabetes and cardiovascular disease: Epidemiology, biological mechanisms, treatment recommendations and future research. *World journal of diabetes*. 2015; 6(13):1246-58.
152. Golay A, Ybarra J. Link between obesity and type 2 diabetes. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2005; 19(4):649-63.
153. Pinkney J. Prevention and cure of type 2 diabetes. *BMJ (Clinical research ed)*. 2002; 325(7358):232-3.
154. World Health Organization. Health Topics - Obesity. World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
155. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneve: World Health Organisation; 1997.
156. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneve: World Health Organization; 2000.
157. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization; 2011.
158. Direção-Geral da Saúde. A obesidade como doença crónica. Circular informativa n.º 9. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde; 2004. [atualizado em: 25 de março de 2004].
159. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Ministério da Saúde; 2004.
160. Carmo I, Carreira M, de Almeida MD, Lima Reis JP, Medina JL, Galvão Teles A. Estudo da prevalência da obesidade em Portugal. *Boletim da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade*. 2000; 8(1)
161. do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2006; 7(3):233-7.
162. Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2008; 9(1):11-9.
163. Poínhos R, Correia F, Durão C, Franchini B, Rodrigues S, Afonso C, et al. Determinants of weight and health status perception among portuguese adults. *Alimentação Humana*. 2011; 17:7-14.
164. Dias CM. 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2009(Número Especial 25 anos)
165. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2015.
166. Marques-Vidal P, Dias CM. Trends in overweight and obesity in Portugal: the National Health Surveys 1995-6 and 1998-9. *Obesity research*. 2005; 13(7):1141-5.
167. Marques-Vidal P, Paccaud F, Ravasco P. Ten-year trends in overweight and obesity in the adult Portuguese population, 1995 to 2005. *BMC public health*. 2011; 11:772.

168. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2005.
169. International Food Policy Research Institute. Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2014.
170. World Health Organization. The European Health Report 2002. 97. Copenhagen; 2002.
171. Knai C, Suhrcke M, Lobstein T. Obesity in Eastern Europe: An overview of its health and economic implications. *Economics & Human Biology*. 2007; 5(3):392-408.
172. Chauveau P, Fouque D, Combe C, Aparicio M. Évolution de l'alimentation du paléolithique à nos jours : progression ou régression ? *Néphrologie & Thérapeutique*. 2013; 9(4):202-08.
173. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: World Health Organization; 1986. [atualizado em: 21 November 1986].
174. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: World Health Organization; 2011. [atualizado em: 21 October 2011].
175. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *New England Journal of Medicine*. 2001; 345(11):790-97.
176. Eriksson KF, Lindgärde F. No excess 12-year mortality in men with impaired glucose tolerance who participated in the Malmö Preventive Trial with diet and exercise. *Diabetologia*. 1998; 41(9):1010-16.
177. Aguiar EJ, Morgan PJ, Collins CE, Plotnikoff RC, Young MD, Callister R. Efficacy of the Type 2 Diabetes Prevention Using LifeStyle Education Program RCT. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015
178. Sartorelli DS, Franco LJ, Cardoso MA. [Nutritional intervention and primary prevention of type 2 diabetes mellitus: a systematic review]. *Cadernos de saude publica*. 2006; 22(1):7-18.
179. Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *The American journal of clinical nutrition*. 2006; 84(2):289-98.
180. Drewnowski A, Popkin BM. The nutrition transition: new trends in the global diet. *Nutr Rev*. 1997; 55(2):31-43.
181. Popkin BM. Nutritional patterns and transitions. *Population and Development Review*. 1993; 1 ed., Vol. 19:138-57.
182. Popkin BM, Keyou G, Zhai F, Guo X, Ma H, Zohoori N. The nutrition transition in China: a cross-sectional analysis. *European journal of clinical nutrition*. 1993; 47(5):333-46.
183. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food Insecurity Is Associated with Chronic Disease among Low-Income NHANES Participants. *The Journal of Nutrition*. 2010; 140(2):304-10.
184. Vozoris NT, Tarasuk VS. Household food insufficiency is associated with poorer health. *The Journal of Nutrition*. 2003; 133(1):120-6.
185. Tarasuk VS, Beaton GH. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. *The Journal of Nutrition*. 1999; 129(3):672-9.
186. Stuff JE, Casey PH, Szeto KL, Gossett JM, Robbins JM, Simpson PM, et al. Household food insecurity is associated with adult health status. *The Journal of Nutrition*. 2004; 134(9):2330-5.
187. Lee JS, Frongillo EA, Jr. Nutritional and health consequences are associated with food insecurity among U.S. elderly persons. *The Journal of Nutrition*. 2001; 131(5):1503-9.
188. Food and Agriculture Organization. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. World Food Summit; Rome; 1996.
189. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights Paris: United Nations General Assembly 1948. [atualizado em: 10 December].
190. Branco MJ, Nunes B, Cantreiras T. Uma observação sobre "insegurança alimentar". Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. 2003
191. Amaral TF, Martins MC, Guiomar S. The coexistence of food insecurity and overweight/obesity in Portuguese adults. *Public health nutrition*. 2010; 13(n. 9A):121-22.
192. Alvares L, Amaral TF. Food insecurity and associated factors in the Portuguese population. *Food and nutrition bulletin*. 2014; 35(4):395-402.
193. Gregório MJ, Graça P, Costa A, Nogueira PJ. Time and regional perspectives of food insecurity during the economic crisis in Portugal, 2011-2013. *Saúde e Sociedade*. 2014; 23:1127-41.

194. Gregório MJB. Desigualdades sociais no acesso a uma alimentação saudável: um estudo na população portuguesa. Universidade do Porto; 2015.
195. Mennell S, Murcott A, Van Otterloo AH. The sociology of food: eating, diet and culture Sage Publications: London; 1992.
196. Instituto Nacional de Estatística. Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal. Poverty, inequalities and material deprivation in Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2010.
197. Instituto Nacional de Estatística. Destaque INE: Rendimentos e Condições de Vida 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2010. [atualizado em: Julho 2015].
198. Instituto Nacional de Estatística. Destaque INE: Rendimentos e Condições de Vida 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2012. [atualizado em: Julho 2015].
199. Instituto Nacional de Estatística. Destaque INE: Rendimentos e Condições de Vida 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2015. [atualizado em: Julho 2015].
200. Instituto Nacional de Estatística. Destaque INE: Rendimentos e Condições de Vida 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2011. [atualizado em: Julho 2015].
201. Instituto Nacional de Estatística. Destaque INE: Rendimentos e Condições de Vida 2012. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2013. [atualizado em: Julho 2015].
202. Instituto Nacional de Estatística. Destaque INE: Rendimentos e Condições de Vida 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2014. [atualizado em: Julho 2015].
203. INE. Destaque INE: Rendimentos e Condições de Vida 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2015. [atualizado em: dezembro 2015].
204. World Health Organization. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion Unit. Health Promotion Glossary. 1998; 10
205. Beja A, Ferrinho P, Craveiro I. Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2014; 32(1):10-17.
206. Sena C, Ferrinho P, Miguel JP. Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2006; 24:5-20.
207. Contento IR. Nutrition education: linking research, theory, and practice. Asia Pacific journal of clinical nutrition. 2008; 17 Suppl 1:176-9.
208. Loureiro I. A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2004; 22(2):43-55.
209. Graça P, Gregório MJ. Evolução da política alimentar e de nutrição em Portugal e suas relações com o contexto internacional. Revista Alimentação Humana. 2012; 18(Nº 3)
210. Helsing E. The history of nutrition policy. Nutrition reviews. 1997; 55(11):S1.
211. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Orientações Programáticas. Direção-Geral da Saúde: Direção Geral da Saúde; 2012.
212. Ringen K. The Norwegian food and nutritional policy. American journal of public health. 1977; 67(6):550.
213. World Health Organization Regional Office, Food and Agriculture Organization. First European Conference on Food and Nutrition Policy. Budapeste: World Health Organization; 1990. Disponível em: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.
214. World Health Organization. European action plan for food and nutrition policy 2007-2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
215. World Health Organization Regional Office Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. World Health Organization; 2012. 10-13.
216. World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database. Copenhagen; 2002.
217. Instituto Nacional de Estatística. Dados estatísticos - Taxa de Mortalidade. INE: INE; 2016. [atualizado em: 30 de dezembro de 2015]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados.
218. Comissão Europeia. EUROSTAR : Your key to European statistics. EUROSTAT: Comissão Europeia; 2015. [atualizado em: 05 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat>.
219. World Health Organization. World Health Organization; 2016. Disponível em: <http://www.who.int/en/>.

220. Organisation for Economic Co-operation and Development. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016. Disponível em: <http://www.oecd.org/>.
221. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016. [atualizado em: 8 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www.fao.org/home/en/>.
222. European Union. European Union; 2016. [atualizado em: 8 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://europa.eu/>.
223. Portugal Gd. Governo de Portugal; 2016. [atualizado em: 8 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/>.
224. Saúde ACdSd. Administração Central do Sistema de Saúde; 2016. [atualizado em: 8 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/>.
225. Saúde D-Gd. Direção-Geral da Saúde 2016. [atualizado em: 8 de janeiro de 2016]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>.
226. Muggeo VMR. Estimating regression models with unknown break-points. *Statistics in Medicine*. 2003; 22(19):3055-71.
227. Conference WF. Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition Rome: Food and Agriculture Organization 1974.
228. World Health Organization. Declaração de Adelaide. Adelaide, Austrália: II Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1988.
229. World Health Organization. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. International Conference on Nutrition: Food and Agriculture Organization of the United Nations, Word Health Organization 1992.
230. World Health Organization Regional Office Europe. Food and nutrition action plans in the WHO European Region: past, present and future: report on a meeting of nutrition counterparts Athens;: World Health Organization Europe.; 2003.
231. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health, resolution of the fifty-seventh world healthy assembly. WHA57.17. Geneva: World Health Organization; 2004.
232. World Health Organization. European Charter on counteracting obesity Istanbul: World Health Organization; 2006. [atualizado em: 16 November 2006].
233. European Union. White Paper on - A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. Bruxelas: Commition of the European Communities; 2007. [atualizado em: 30 de maio de 2017].
234. World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2008.
235. World Health Organization. Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2012-2016. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
236. Ministério da Saúde. Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
237. Justo C. O estado das coisas de estado: contribuição para a crítica das políticas de saúde em Portugal. Campo das Letras; 2000.
238. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios: Relatório Primavera 2005. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2005.
239. Candeias AC, Pipa C, Boavida JM, Correia LG, Pereira M, Almeida M, et al. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Direção Geral da Saúde. Direção Geral da Saúde; 2007.
240. Ministério da Saúde. Despacho n.º 1916/2004, de 28 de janeiro.
241. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa 03/DGCG: Programa Nacional de Combate à Obesidade.
242. Alto Comissariado da Saúde. Despacho n.º 12045/2006, de 7 de junho.
243. António Correia de Campos. Discurso do Ministro da Saúde na assinatura do Protocolo da Plataforma Contra a Obesidade. In: Sessão de lançamento da Plataforma Contra a Obesidade; 2 de maio de 2007; Lisboa. 2007.
244. World Health Organization. WHO evaluation of the national health plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2010

245. Alto Comissariado da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde; 2010. [atualizado em: Março 2015].
246. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Ministério da Saúde; 2013.
247. Finanças; Md, Saúde Md. Portaria 159/2012, de 22 de Maio.
248. Ministério da Saúde. Despacho de 3 de janeiro de 2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.
249. Direção-Geral da Saúde. Despacho n.º 7/2012, de 12 de janeiro de 2012, Nomeação do Diretor do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.
250. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015.
251. Gonçalves Ferreira FA. Política alimentar e de nutrição em Portugal. Rev CEN. 1978; 2(1):3-28.
252. Matos C. Dr. Emílio Peres. O pai dos nutricionistas. Nutrícias. 2003; 3:4-9.
253. Gonçalves Ferreira FA. Posição de Portugal em política alimentar e de nutrição. Rev CEN. 1979; 3(1):3-18.
254. Gonçalves Ferreira FA. Política alimentar e saúde. A perspectiva em Portugal Rev CEN. 1981; 5(1):3-23.
255. Truninger M, Teixeira J, Horta A, Alexandre S, Silva VAd. A evolução do sistema de refeições escolares em Portugal (1933-2012): 1º relatório de pesquisa. ICS da UL; 2012.
256. Ministério da Educação Nacional. Decreto Lei 178/71, de 30 de Abril. 1.ª SERIE, Nº 10(
257. Assembleia da República. Lei 46/86, de 14 de Outubro. 1.ª SERIE, Nº 237(
258. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 399- A/84. I Série, n.º 259(
259. Gonçalves Ferreira FA. Centro de Estudos de Nutrição (CEN): posição na perspectiva histórica da política nacional de alimentação-nutrição-saúde. Revista Portuguesa de Nutrição. 1989; 1(4):41-49.
260. Ministérios da Educação dTeSS, Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura FeA, Ministério da Indústria e Energia, Ministério da Qualidade de Vida e do Mar. Decreto-Lei n.º 278/84, 10 de Agosto. 1.ª SERIE, Nº 185(
261. Ministério dos Assuntos Sociais, Ministério da Agricultura e Pescas. Decreto-Lei n.º 265/80, de 7 de Agosto. 1.ª SERIE, Nº 181(
262. Cruz JAA, Pereira AA, Miguel JP. Contribuição para uma política alimentar e nutricional em Portugal. Situação alimentar e nutricional portuguesa. Recomendações do CNAN para a melhoria da situação existente. 1989
263. Graça P, Gregório MJ. A construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável-aspectos conceptuais, linhas estratégicas e desafios iniciais. Revista Nutrícias. 2013; 18:26-29.
264. Loureiro MIG. Indução de Preferências Alimentares Saudáveis: Ensaio de Materiais e Métodos Adequados aos Primeiros Anos de Escola. Universidade Nova de Lisboa; 1993.
265. Faria HA, Carvalho GSd. Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. Revista portuguesa de saúde pública. 2004; 22(2):79-90.
266. Rasmussen Barnekow V, Rivett D, Burgher MS. European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health. In: European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health. OMS; 1999.
267. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto Lei 180/2000, de 10 de Agosto. 1.ª SERIE A, Nº 184(
268. Ministério da Economia e da Inovação. Decreto Lei 237/2005, de 30 de Dezembro. 1.ª SERIE A, Nº 250(
269. Franchini B, Rodrigues S, Graça P, de Almeida MDV. A nova roda dos alimentos: um guia para a escolha alimentar diária. Nutrícias. 2004; 4:55-56.
270. Gonçalves Ferreira FA, Da Silva Graça ME. Tabela da Composição dos Alimentos Portugueses. Direcção-Geral de Saúde Instituto Superior de Higiene Dr Ricardo Jorge Lisboa-Porto. 1961
271. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Portaria n.º 812/2007, de 27 de Julho. 1.ª SERIE, Nº 144(
272. Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e da Administração Pública. Despacho Normativo n.º 15/2009, de 7 de Abril. 2.ª SERIE, Nº 68(

273. Ministério da Educação. Circular nº 14/DGIDC/2007: Refeitórios escolares - Normas gerais de alimentação.
274. Ministério da Educação. Decreto-Lei nº 55/2009 de 2 de Março.
275. Educação Md. Circular nº 3/DSEEAS/DGE: Orientações sobre ementas e refeitórios escolares 2013/2014.
276. Ladeiras L, Lima RM, Lopes A, Graça P. Bufetes escolares: orientações. Educação MdEeCD-Gd. 2012.
277. Rocha A, Chilro R, Santos MCT, Afonso C, Morais C, Franchini B. SPARE: Sistema de Planeamento e Avaliação de Refeições Escolares e elaboração, verificação e monitorização na óptica do utilizador. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto-FCNAUP. 2009
278. Ministério da Agricultura Desenvolvimento Rural e Pescas. Portaria 1242/2009, de 12 de Outubro.
279. Ministério da Agricultura e do Mar, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ciência. Estratégia Nacional do Regime de Frutas e Hortícolas nas Escolas. Ministério da Agricultura e do Mar MdS, Ministério da Educação e Ciência. 2015.
280. Ministério da Educação e Ciência. Programa Escolar de Reforço Alimentar - 2012/2013 e 2013/2014 Ciência MdEe. 2012.
281. Direção-Geral da Saúde. Circular Informativa 46/DSPCS: Orientações Genéricas sobre a Criação de Centros de Observação de Saúde.
282. Centro de Estudos de Nutrição. Alimentação Racional e Nutrição. Centro de Estudos de Nutrição, Instituto Nacional de Saude Dr. Ricardo Jorge; 1977.
283. Direção-Geral da Saúde. Ensino e educação alimentar em Portugal. Boletim Educação Sanitaria IV, Serviço de Educação Sanitária Direcção Geral de Saúde; 1981. 7-16.
284. Gonçalves Ferreira FA. Política alimentar e saúde. Perspectiva e atrasos na elaboração da política alimentar para a população portuguesa. Rev CEN. 1983; 7(1):3-29.
285. Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição. Recomendações para a educação alimentar da população portuguesa. Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição. Comissão de Educação Alimentar. Instituto Nacional de Saude Dr. Ricardo Jorge; 1997.
286. Dussault G, Fronteira I. RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE (RHS) PLANO INTEGRADO NO PLANO NACIONAL. 2010
287. Real H, Bento A, Graça P. A profissão do nutricionista em Portugal: evolução e regulamentação profissional. Nutricias. 2011; 11
288. Bento A, Matos C. O nutricionista hoje. Nutricias. 2007; 7:7-8.
289. Administração Central do Sistema de Saúde. Inventário de Pessoal do Setor da Saúde – 2014. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP; 2014.
290. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2015. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? : Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2015.
291. Ministério da Educação e Investigação e dos Assuntos Sociais. Despacho n.º 46/76, Cria o Curso de Bacharelato de Nutricionismo na Universidade do Porto. Despacho nº 46/76.
292. F. A. Gonçalves Ferreira. As Perspectivas do curso de nutricionismo. Revista Centro de Estudos de Nutrição. 1988; 12(3):8-9.
293. Governo. Decreto do Governo n.º 62/83, Cria o curso de Licenciatura em Nutricionismo na Universidade do Porto. Decreto do Governo nº 62/83; 2534.
294. Governo. Decreto do Governo n.º 34/87, Revoga o Decreto do Governo n.º 62/83, de 12 de julho. Decreto do Governo nº 34/87; 4337.
295. Ministério da Educação e Cultura. Portaria n.º 154/87, Cria a Licenciatura em Ciências da Nutrição na Universidade do Porto. Portaria nº 154/87; 934-36.
296. Real H, Bento A, Graça P. A profissão de nutricionista em Portugal: evolução e regulamentação. Nutricias. 2011; 11:12-18.
297. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios da Justiça dFedP, da Educação e Ciência, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa,. Decreto Regulamentar n.º 29/81, Cria a carreira de técnicos superiores de saúde. Decreto Regulamentar nº 29/81; 1459-62.
298. Ministério das Finanças e da Saúde. Portaria n.º 503/90, Inclui no âmbito de aplicação do Decreto Regulamentar n.º 29/81, de 24 de Junho, o ramo de nutrição. Portaria nº 503/90; 2825.
299. Saúde Md. Decreto-Lei n.º 414/91, Visa definir o regime legal da carreira dos técnicos superiores de saúde dos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Decreto-Lei nº 414/91; 5448-59.

300. Saúde Md. Decreto-Lei n.º 501/99, Procede à alteração da carreira dos técnicos superiores de saúde instituída pelo Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro. Decreto-Lei n.º 501/99; 8229-33.
301. Saúde Md. Portaria n.º 796/94, Aprova o Regulamento de Estágio da Carreira de Técnico Superior de Saúde. Portaria n.º 796/94; 5307-11.
302. Saúde Md. Portaria n.º 838/2010, Para efeitos de ingresso no estágio da carreira de técnico superior de saúde é aditada ao elenco das licenciaturas previstas no n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 414/91. Portaria n.º 838/2010; 3840.
303. Direção-Geral da Assistência. Portaria n.º 15 231, Cria na Escola de Enfermagem Artur Ravarra, de Lisboa, para funcionar, a título provisório, junto da Maternidade Alfredo da Costa, um curso especial para dietistas. Portaria n.º 15 231.
304. Ministério da Saúde e Assistência. Portaria n.º 18523, Regula o funcionamento dos cursos de preparação de técnicos e auxiliares dos serviços clínicos do Ministério da Saúde e Assistência. Portaria n.º 18523; 700-02.
305. Direcção-Geral de Saúde e Assistência do Ultramar. Decreto n.º 45818, Promulga o Regulamento Geral das Escolas Técnicas dos serviços de Saúde e Assistência do Ultramar. Decreto n.º 45818; 895-904.
306. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e dos Assuntos Sociais. Decreto Regulamentar n.º 87/77, Cria a carreira de técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, para vigorar nos serviços dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto Regulamentar n.º 87/77; 3122-(1) a 22-(2).
307. Assembleia da República. Lei n.º 51/2010, Cria a Ordem dos Nutricionistas e aprova o seu Estatuto. Lei n.º 51/2010; 5652-64.
308. Assembleia da República. Lei 126/2015, de 3 de Setembro. n.º 172/2015, Série I(
309. Nutricionistas Od. Código Deontológico da Ordem dos Nutricionistas.
310. Cordeiro T, Bento A. Incorporação dos Nutricionistas nos Centros de Saúde. *Nutricias*. 2011; 11:20-22.
311. Nutricionistas Od. 2016. Disponível em: <http://www.ordemdosnutricionistas.pt/>.
312. Gregório MJ, Santos MCT, Ferreira S, Graça P. Alimentação Inteligente: coma melhor, poupe mais. Direção-Geral da Saúde; 2012.
313. Kastner T, Rivas MJ, Koch W, Nonhebel S. Global changes in diets and the consequences for land requirements for food. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2012; 109(18):6868-72.
314. Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Andrews KG, Engell RE, Mozaffarian D. Global, regional and national consumption of major food groups in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys worldwide. *BMJ Open*. 2015; 5(9)
315. World Health Organization. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2014.
316. Kearney J. Food consumption trends and drivers. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B, Biological sciences*. 2010; 365(1554):2793-807.
317. Balanza R, Garcia-Lorda P, Perez-Rodrigo C, Aranceta J, Bonet MB, Salas-Salvado J. Trends in food availability determined by the Food and Agriculture Organization's food balance sheets in Mediterranean Europe in comparison with other European areas. *Public health nutrition*. 2007; 10(2):168-76.
318. Chen Q, Marques-Vidal P. Trends in food availability in Portugal in 1966-2003: comparison with other Mediterranean countries. *European journal of nutrition*. 2007; 46(7):418-27.
319. Guerra F, Paccaud F, Marques-Vidal P. Trends in food availability in Switzerland, 1961-2007. *European journal of clinical nutrition*. 2012; 66(2):273-5.
320. Garcia-Closas R, Berenguer A, Gonzalez CA. Changes in food supply in Mediterranean countries from 1961 to 2001. *Public health nutrition*. 2006; 9(1):53-60.
321. Sheehy T, Sharma S. The nutrition transition in the Republic of Ireland: trends in energy and nutrient supply from 1961 to 2007 using Food and Agriculture Organization food balance sheets. *The British journal of nutrition*. 2011; 106(7):1078-89.
322. Pinto FMRdF. A integração de Portugal nas Comunidades Europeias. 2011
323. Direcção-Geral de Agricultura. Situação da Agricultura em Portugal - Relatório sobre a situação da agricultura portuguesa. Comissão Europeia. 2003
324. Moreno LA, Sarria A, Popkin BM. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. *European journal of clinical nutrition*. 2002; 56(10):992-1003.

325. Vereecken C, Pedersen TP, Ojala K, Krølner R, Dzielska A, Ahluwalia N, et al. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *The European Journal of Public Health*. 2015; 25(suppl 2):16-19.
326. Slavin JL, Lloyd B. Health benefits of fruits and vegetables. *Advances in nutrition* (Bethesda, Md). 2012; 3(4):506-16.
327. Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, Hu FB, Hunter D, Smith-Warner SA, et al. Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004; 96(21):1577-84.
328. Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83(2):100-8.
329. Yngve A, Wolf A, Poortvliet E, Elmadfa I, Brug J, Ehrenblad B, et al. Fruit and Vegetable Intake in a Sample of 11-Year-Old Children in 9 European Countries: The Pro Children Cross-Sectional Survey. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2005; 49(4):236-45.
330. Lynch C, Kristjansdottir AG, te Velde SJ, Lien N, Roos E, Thorsdottir I, et al. Fruit and vegetable consumption in a sample of 11-year-old children in ten European countries – the PRO GREENS cross-sectional survey. *Public health nutrition*. 2014; 17(11):2436-44.
331. Yngve A, De Bourdeaudhuij I, Wolf A, Grijbovski A, Brug J, Due P, et al. Differences in prevalence of overweight and stunting in 11-year olds across Europe: The Pro Children Study. *European journal of public health*. 2008; 18(2):126-30.
332. Stefler D, Bobak M. Does the consumption of fruits and vegetables differ between Eastern and Western European populations? Systematic review of cross-national studies. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*. 2015; 73(1)
333. Marques-Vidal P, Ravasco P, Dias CM, Camilo ME. Trends of food intake in Portugal, 1987-1999: results from the National Health Surveys. *European journal of clinical nutrition*. 2006; 60(12):1414-22.
334. Vranken L, Avermaete T, Petalios D, Mathijs E. Curbing global meat consumption: Emerging evidence of a second nutrition transition. *Environmental Science & Policy*. 2014; 39:95-106.
335. Food and Agriculture Organization. *World agriculture: Towards 2030/2050. Interim report. Prospects for food, nutrition, agriculture and major commodity groups*. Rome: Food and Agriculture Organization; 2006.
336. Ali J, Pappa E. Global Meat Market Structural Changes across Geographical Regions. *South Asia Research*. 2015; 35(2):143-57.
337. de Lorgeril M, Salen P. The Mediterranean diet: rationale and evidence for its benefit. *Current atherosclerosis reports*. 2008; 10(6):518-22.
338. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public health nutrition*. 2011; 14(12a):2274-84.
339. Carrageta M, Graça P, Queiroz J, Sarmento M. *Dieta Mediterrânica-Um património civilizacional partilhado*. 2013
340. Durão C, Oliveira J, Almeida MDVd. Portugal e o padrão alimentar mediterrânico. *Revista de Alimentação Humana*. 2008
341. Santos FJTd. *As pescas em Portugal Continental: o caso amostra da Afurada*. Universidade do Porto; 1997.
342. da Silveira CD, Nodari ES. A pesca artesanal nos Açores/Portugal e na ilha de Florianópolis/Brasil: o percurso das dinâmicas territoriais e sociais para uma gestão das zonas costeiras. *Atas do I Encontro Internacional de História Ambiental Lusófona*. 2013:12.
343. Instituto Nacional de Estatística. Breve síntese sobre a evolução da produção e dos preços na agricultura e pescas. *Boletim Mensal da Agricultura e Pescas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2013. [atualizado em: Julho 2015].
344. Food and Agriculture Organization. *Consumption of Fish and Fishery Products*. Food and Agriculture Organization of the United Nations - Fisheries and Aquaculture Department; 2016. [atualizado em: 10 de janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.fao.org/fishery/statistics/global-consumption/en>.
345. Vareiro D, Bach-Faig A, Raido Quintana B, Bertomeu I, Buckland G, Vaz de Almeida MD, et al. Availability of Mediterranean and non-Mediterranean foods during the last four decades: comparison of several geographical areas. *Public health nutrition*. 2009; 12(9a):1667-75.

346. Rodrigues SSP, Caraher M, Trichopoulou A, de Almeida MDV. Portuguese households' diet quality (adherence to Mediterranean food pattern and compliance with WHO population dietary goals): trends, regional disparities and socioeconomic determinants. *European journal of clinical nutrition*. 2007; 62(11):1263-72.
347. Bombardelli RA, Syperreck MA, Sanches EA. Situação atual e perspectivas para o consumo, processamento e agregação de valor ao pescado. *Arq ciênc vet zool UNIPAR*. 2005; 8(2):181-95.
348. Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American journal of clinical nutrition*. 1995; 61(6 Suppl):1402s-06s.
349. Ros E, Lopez-Miranda J, Pico C, Rubio MA, Babio N, Sala-Vila A, et al. [Consensus on fats and oils in the diet of spanish adults; position paper of the spanish federation of food, nutrition and dietetics societies]. *Nutricion hospitalaria*. 2015; 32(2):435-77.
350. European Food Safety Authority. Panel: Scientific opinion on dietary reference values for fats, including saturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids, monounsaturated fatty acids, trans fatty acids, and cholesterol. *EFSA J*. 2010; 8:1461.
351. Ferro-Luzzi A, Sette S. The Mediterranean Diet: an attempt to define its present and past composition. *European journal of clinical nutrition*. 1989; 43 Suppl 2:13-29.
352. Food and Agriculture Organization. Pulses: past trends and future prospects. In: 4th International Food Legumes Research Conference; New Delhi, India. Food and Agriculture Organization; 2005.
353. Balsa C, Vital C, Urbano C, Pascueiro L. O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo 2001-2007. Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP Lisboa. 2011
354. Carvalho A. Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos casos de risco: Bebidas alcoólicas—problema de saúde pública. Coimbra: Editora Quarteto; 2003.
355. Neves DP. [Alcoholism: indictment or diagnosis?]. *Cadernos de saude publica*. 2004; 20(1):7-14; discussion 15-36.
356. Carvalho A. As bebidas alcoólicas em Portugal. Relatório de Primavera 2002 do OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). 2002
357. Ferreira-Borges C, Cunha Filho H. Alcoolismo e toxicodependência: usos, abusos e dependências. Climepsi Editores; 2004.
358. Assembleia da República. Lei n.º 3/82, de 29 de Março de 1982.
359. Ministério do Ambiente e dos Recursos Naturais. Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de Outubro.
360. World Health Organization. European alcohol action plan: 2000-2005. Geneve: World Health Organization - Regional Office for Europe; 2000.
361. Instituto da Droga e da Toxicologia. Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009-2012. IDT: Instituto da Droga e da Toxicologia; 2010.
362. Voller F, Maccari F, Pepe P, Allamani A. Changing trends in European alcoholic beverage drinking: selected social, demographic, economic factors, drinking's related harms, and prevention control policies between the 1960s and 2000s. *Substance use & misuse*. 2014; 49(12):1515-30.
363. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev*. 2012; 70(1):3-21.
364. Popkin BM, Nielsen SJ. The sweetening of the world's diet. *Obesity research*. 2003; 11(11):1325-32.
365. Welsh JA, Sharma AJ, Grellinger L, Vos MB. Consumption of added sugars is decreasing in the United States. *The American journal of clinical nutrition*. 2011; 94(3):726-34.
366. World Health Organization. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285524/>.
367. World Health Organization. Sugars intake for adults and children. Guideline. World Health Organization; 2015. 49.
368. Peres E. Padrão Alimentar Saudável. *Endocrinologia, Metabolismo & Nutrição*. 1994; 3(2):91-95.
369. Araujo F, Gouvêas C, Fontes F, La Vecchia C, Azevedo A, Lunet N. Trends in cardiovascular diseases and cancer mortality in 45 countries from five continents (1980-2010). *European journal of preventive cardiology*. 2014; 21(8):1004-17.

370. Pereira M, Azevedo A, Lunet N, Carreira H, O'Flaherty M, Capewell S, et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Portugal between 1995 and 2008. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2013; 6(6):634-42.
371. Pereira M, Peleteiro B, Capewell S, Bennett K, Azevedo A, Lunet N. Changing patterns of cardiovascular diseases and cancer mortality in Portugal, 1980-2010. *BMC public health*. 2012; 12:1126.
372. Pereira M, Carreira H, Lunet N, Azevedo A. Trends in prevalence of diabetes mellitus and mean fasting glucose in Portugal (1987-2009): a systematic review. *Public health*. 2014; 128(3):214-21.
373. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014; 103(2):137-49.
374. Ye Y, Zhong W, Lin X, Lin S, Li X, et al. [Association between sedentary life style and risks of metabolic syndrome and diabetes mellitus type 2]. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*. 2014; 35(11):1235-40.
375. Gucciardi E, Vahabi M, Norris N, Del Monte JP, Farnum C. The Intersection between Food Insecurity and Diabetes: A Review. *Current nutrition reports*. 2014; 3(4):324-32.
376. Espelt A, Borrell C, Palencia L, Goday A, Spadea T, Gnavi R, et al. Socioeconomic inequalities in the incidence and prevalence of type 2 diabetes mellitus in Europe. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2013; 27(6):494-501.
377. Lee TC, Glynn RJ, Pena JM, Paynter NP, Conen D, Ridker PM, et al. Socioeconomic status and incident type 2 diabetes mellitus: data from the Women's Health Study. *PloS one*. 2011; 6(12):e27670.
378. Heerman WJ, Wallston KA, Osborn CY, Bian A, Schlundt DG, Barto SD, et al. Food insecurity is associated with diabetes self-care behaviours and glycaemic control. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. 2015
379. Ford ES, Williamson DF, Liu S. Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults. *American journal of epidemiology*. 1997; 146(3):214-22.
380. Ayala M, Boavida JM, Pereira M. A Mortalidade por Diabetes em Portugal. 2013
381. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Direção-Geral da Saúde: Direção-Geral da Saúde; 2007.
382. Rebelo L. A doença crónica, o doente crónico e a sua família. Repercurssão psicossocial da diabetes. *Acta Médica Portuguesa*. 1992; 5:383-87.
383. George F. Causas de morte em Portugal e desafios na prevenção. *AMP Formação*. 2012; 25(2):61-63.
384. Wang Y, Xue H, Liu S. Applications of Systems Science in Biomedical Research Regarding Obesity and Noncommunicable Chronic Diseases: Opportunities, Promise, and Challenges. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*. 2015; 6(1):88-95.
385. Fardet A, Boirie Y. Associations between food and beverage groups and major diet-related chronic diseases: an exhaustive review of pooled/meta-analyses and systematic reviews. *Nutr Rev*. 2014; 72(12):741-62.
386. Nagata C, Nakamura K, Wada K, Oba S, Tsuji M, Tamai Y, et al. Total fat intake is associated with decreased mortality in Japanese men but not in women. *The Journal of Nutrition*. 2012; 142(9):1713-9.
387. Guasch-Ferre M, Hu FB, Martinez-Gonzalez MA, Fito M, Bullo M, Estruch R, et al. Olive oil intake and risk of cardiovascular disease and mortality in the PREDIMED Study. *BMC medicine*. 2014; 12:78.
388. Willett W. *Nutritional epidemiology*. Oxford University Press; 2012.
389. Buckland G, Travier N, Barricarte A, Ardanaz E, Moreno-Iribas C, Sanchez MJ, et al. Olive oil intake and CHD in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Spanish cohort. *The British journal of nutrition*. 2012; 108(11):2075-82.
390. Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez MA. Olive oil in the primary prevention of cardiovascular disease. *Maturitas*. 2011; 68(3):245-50.
391. Escrich E, Moral R, Solanas M. Olive oil, an essential component of the Mediterranean diet, and breast cancer. *Public health nutrition*. 2011; 14(12a):2323-32.
392. Trichopoulou A. Olive oil and breast cancer. *Cancer causes & control : CCC*. 1995; 6(6):475-6.
393. Martin-Moreno JM, Willett WC, Gorgojo L, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, Fernandez-Rodriguez JC, et al. Dietary fat, olive oil intake and breast cancer risk. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 1994; 58(6):774-80.

394. Stoneham M, Goldacre M, Seagroatt V, Gill L. Olive oil, diet and colorectal cancer: an ecological study and a hypothesis. *Journal of epidemiology and community health*. 2000; 54(10):756-60.
395. Lopez-Miranda J, Perez-Jimenez F, Ros E, De Caterina R, Badimon L, Covas MI, et al. Olive oil and health: summary of the II international conference on olive oil and health consensus report, Jaen and Cordoba (Spain) 2008. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD*. 2010; 20(4):284-94.
396. Pelucchi C, Bosetti C, Negri E, Lipworth L, La Vecchia C. Olive oil and cancer risk: an update of epidemiological findings through 2010. *Current pharmaceutical design*. 2011; 17(8):805-12.
397. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food Nutrition. Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. WCRF/AICR (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research); 2007.
398. Casaburi I, Puoci F, Chimento A, Sirianni R, Ruggiero C, Avena P, et al. Potential of olive oil phenols as chemopreventive and therapeutic agents against cancer: a review of in vitro studies. *Molecular nutrition & food research*. 2013; 57(1):71-83.
399. Escrich E, Solanas M, Moral R. Olive oil and other dietary lipids in breast cancer. *Cancer treatment and research*. 2014; 159:289-309.
400. Trichopoulou A, Dilis V. Olive oil and longevity. *Molecular nutrition & food research*. 2007; 51(10):1275-8.
401. Trichopoulou A, Psaltopoulou T, Orfanos P, Trichopoulos D. Diet and physical activity in relation to overall mortality amongst adult diabetics in a general population cohort. *Journal of internal medicine*. 2006; 259(6):583-91.
402. Esposito K, Maiorino MI, Ceriello A, Giugliano D. Prevention and control of type 2 diabetes by Mediterranean diet: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010; 89(2):97-102.
403. Romaguera D, Guevara M, Norat T, Langenberg C, Forouhi NG, Sharp S, et al. Mediterranean diet and type 2 diabetes risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study: the InterAct project. *Diabetes Care*. 2011; 34(9):1913-8.
404. Mari-Sanchis A, Beunza JJ, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Basterra Gortariz FJ, Serrano-Martinez M, et al. [Olive oil consumption and incidence of diabetes mellitus, in the Spanish sun cohort]. *Nutricion hospitalaria*. 2011; 26(1):137-43.
405. Salas-Salvado J, Bullo M, Estruch R, Ros E, Covas MI, Ibarrola-Jurado N, et al. Prevention of diabetes with Mediterranean diets: a subgroup analysis of a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2014; 160(1):1-10.
406. Lasa A, Miranda J, Bullo M, Casas R, Salas-Salvado J, Larretxi I, et al. Comparative effect of two Mediterranean diets versus a low-fat diet on glycaemic control in individuals with type 2 diabetes. *European journal of clinical nutrition*. 2014; 68(7):767-72.
407. Buckland G, Bach A, Serra-Majem L. Obesity and the Mediterranean diet: a systematic review of observational and intervention studies. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2008; 9(6):582-93.
408. Covas MI, Konstantinidou V, Fito M. Olive oil and cardiovascular health. *Journal of cardiovascular pharmacology*. 2009; 54(6):477-82.
409. Covas MI, Nyyssonen K, Poulsen HE, Kaikkonen J, Zunft HJ, Kiesewetter H, et al. The effect of polyphenols in olive oil on heart disease risk factors: a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2006; 145(5):333-41.
410. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation*. 1979; 59(1):8-13.
411. Larsson SC, Crippa A, Orsini N, Wolk A, Michaelsson K. Milk Consumption and Mortality from All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2015; 7(9):7749-63.
412. Artaud-Wild SM, Connor SL, Sexton G, Connor WE. Differences in coronary mortality can be explained by differences in cholesterol and saturated fat intakes in 40 countries but not in France and Finland. A paradox. *Circulation*. 1993; 88(6):2771-9.
413. Wang C, Yatsuya H, Tamakoshi K, Iso H, Tamakoshi A. Milk drinking and mortality: findings from the Japan collaborative cohort study. *Journal of epidemiology / Japan Epidemiological Association*. 2015; 25(1):66-73.
414. Soedamah-Muthu SS, Ding EL, Al-Delaimy WK, Hu FB, Engberink MF, Willett WC, et al. Milk and dairy consumption and incidence of cardiovascular diseases and all-cause

mortality: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *The American journal of clinical nutrition*. 2011; 93(1):158-71.

415. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *The New England journal of medicine*. 1997; 336(16):1117-24.

416. Alonso A, Nettleton JA, Ix JH, de Boer IH, Folsom AR, Bidulescu A, et al. Dietary phosphorus, blood pressure, and incidence of hypertension in the atherosclerosis risk in communities study and the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Hypertension*. 2010; 55(3):776-84.

417. Massey LK. Dairy food consumption, blood pressure and stroke. *The Journal of Nutrition*. 2001; 131(7):1875-8.

418. Daley CA, Abbott A, Doyle PS, Nader GA, Larson S. A review of fatty acid profiles and antioxidant content in grass-fed and grain-fed beef. *Nutrition Journal*. 2010; 9:10-10.

419. Larsson SC, Orsini N. Red meat and processed meat consumption and all-cause mortality: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*. 2014; 179(3):282-9.

420. Abete I, Romaguera D, Vieira AR, Lopez de Munain A, Norat T. Association between total, processed, red and white meat consumption and all-cause, CVD and IHD mortality: a meta-analysis of cohort studies. *The British journal of nutrition*. 2014; 112(5):762-75.

421. Pham NM, Mizoue T, Tanaka K, Tsuji I, Tamakoshi A, Matsuo K, et al. Meat consumption and colorectal cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population. *Japanese journal of clinical oncology*. 2014; 44(7):641-50.

422. Wang C, Jiang H. Meat intake and risk of bladder cancer: a meta-analysis. *Medical oncology (Northwood, London, England)*. 2012; 29(2):848-55.

423. Larsson SC, Wolk A. Red and processed meat consumption and risk of pancreatic cancer: meta-analysis of prospective studies. *British journal of cancer*. 2012; 106(3):603-7.

424. Lippi G, Mattiuzzi C, Cervellin G. Meat consumption and cancer risk: a critical review of published meta-analyses. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2016; 97:1-14.

425. Cross AJ, Sinha R. Meat-related mutagens/carcinogens in the etiology of colorectal cancer. *Environmental and molecular mutagenesis*. 2004; 44(1):44-55.

426. Wang L, Manson JE, Buring JE, Sesso HD. Meat intake and the risk of hypertension in middle-aged and older women. *Journal of hypertension*. 2008; 26(2):215-22.

427. Steffen LM, Kroenke CH, Yu X, Pereira MA, Slattery ML, Van Horn L, et al. Associations of plant food, dairy product, and meat intakes with 15-y incidence of elevated blood pressure in young black and white adults: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *The American journal of clinical nutrition*. 2005; 82(6):1169-77; quiz 363-4.

428. de Souza RJ, Mente A, Maroleanu A, Cozma AI, Ha V, Kishibe T, et al. Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015; 351:h3978.

429. Hooper L, Martin N, Abdelhamid A, Davey Smith G. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015; 6:Cd011737.

430. Brouwer IA, Wanders AJ, Katan MB. Effect of animal and industrial trans fatty acids on HDL and LDL cholesterol levels in humans—a quantitative review. *PloS one*. 2010; 5(3):e9434.

431. Katan MB, Zock PL, Mensink RP. Dietary oils, serum lipoproteins, and coronary heart disease. *The American journal of clinical nutrition*. 1995; 61(6 Suppl):1368s-73s.

432. Grundy SM, Vega GL. Plasma cholesterol responsiveness to saturated fatty acids. *The American journal of clinical nutrition*. 1988; 47(5):822-4.

433. Dias CB, Garg R, Wood LG, Garg ML. Saturated fat consumption may not be the main cause of increased blood lipid levels. *Medical hypotheses*. 2014; 82(2):187-95.

434. Zheng J, Huang T, Yu Y, Hu X, Yang B, Li D. Fish consumption and CHD mortality: an updated meta-analysis of seventeen cohort studies. *Public health nutrition*. 2012; 15(4):725-37.

435. Harris WS. Fish oils and plasma lipid and lipoprotein metabolism in humans: a critical review. *Journal of lipid research*. 1989; 30(6):785-807.

436. von Schacky C. n-3 fatty acids and the prevention of coronary atherosclerosis. *The American journal of clinical nutrition*. 2000; 71(1 Suppl):224s-7s.

437. Saravanan P, Davidson NC, Schmidt EB, Calder PC. Cardiovascular effects of marine omega-3 fatty acids. *Lancet (London, England)*. 2010; 376(9740):540-50.

438. Thies F, Garry JM, Yaqoob P, Rerkasem K, Williams J, Shearman CP, et al. Association of n-3 polyunsaturated fatty acids with stability of atherosclerotic plaques: a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England). 2003; 361(9356):477-85.
439. De Caterina R, Liao JK, Libby P. Fatty acid modulation of endothelial activation. *The American journal of clinical nutrition*. 2000; 71(1 Suppl):213s-23s.
440. Knapp HR, FitzGerald GA. The antihypertensive effects of fish oil. A controlled study of polyunsaturated fatty acid supplements in essential hypertension. *The New England journal of medicine*. 1989; 320(16):1037-43.
441. Radack K, Deck C, Huster G. The effects of low doses of n-3 fatty acid supplementation on blood pressure in hypertensive subjects. A randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*. 1991; 151(6):1173-80.
442. Appel LJ, Miller ER, 3rd, Seidler AJ, Whelton PK. Does supplementation of diet with 'fish oil' reduce blood pressure? A meta-analysis of controlled clinical trials. *Archives of internal medicine*. 1993; 153(12):1429-38.
443. Hu FB, Stamper MJ, Rimm EB, et al. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. *JAMA*. 1999; 281(15):1387-94.
444. Kritchevsky SB, Kritchevsky D. Egg consumption and coronary heart disease: an epidemiologic overview. *Journal of the American College of Nutrition*. 2000; 19(5 Suppl):549s-55s.
445. Hayat I, Ahmad A, Masud T, Ahmed A, Bashir S. Nutritional and health perspectives of beans (*Phaseolus vulgaris* L.): an overview. *Critical reviews in food science and nutrition*. 2014; 54(5):580-92.
446. White BL, Howard LR. Canned Whole Dry Beans and Bean Products. In: *Dry Beans and Pulses Production, Processing and Nutrition*. Blackwell Publishing Ltd.; 2012. p. 155-83.
447. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *Journal of human hypertension*. 2009; 23(6):363-84.
448. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* (Abingdon, England). 2010; 105(5):817-43.
449. Rehm J, Patra J, Popova S. Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2001: implications for prevention and policy. *Addiction* (Abingdon, England). 2006; 101(3):373-84.
450. Leon DA, Shkolnikov VM, McKee M. Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. *Addiction* (Abingdon, England). 2009; 104(10):1630-6.
451. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ* (Clinical research ed). 2014; 349:g4490.
452. Leenders M, Sluijs I, Ros MM, Boshuizen HC, Siersema PD, Ferrari P, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality: European prospective investigation into cancer and nutrition. *American journal of epidemiology*. 2013; 178(4):590-602.
453. He FJ, Nowson CA, MacGregor GA. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. *Lancet* (London, England). 2006; 367(9507):320-6.
454. Wakai K, Sugawara Y, Tsuji I, Tamakoshi A, Shimazu T, Matsuo K, et al. Risk of lung cancer and consumption of vegetables and fruit in Japanese: A pooled analysis of cohort studies in Japan. *Cancer science*. 2015; 106(8):1057-65.
455. Leenders M, Boshuizen HC, Ferrari P, Siersema PD, Overvad K, Tjønneland A, et al. Fruit and vegetable intake and cause-specific mortality in the EPIC study. *European journal of epidemiology*. 2014; 29(9):639-52.
456. Link LB, Potter JD. Raw versus cooked vegetables and cancer risk. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2004; 13(9):1422-35.
457. Stanner SA, Hughes J, Kelly CN, Buttriss J. A review of the epidemiological evidence for the 'antioxidant hypothesis'. *Public health nutrition*. 2004; 7(3):407-22.
458. Agudo A, Cabrera L, Amiano P, Ardanaz E, Barricarte A, Berenguer T, et al. Fruit and vegetable intakes, dietary antioxidant nutrients, and total mortality in Spanish adults: findings from the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Spain). *The American journal of clinical nutrition*. 2007; 85(6):1634-42.

459. Esmailzadeh A, Kimiagar M, Mehrabi Y, Azadbakht L, Hu FB, Willett WC. Fruit and vegetable intakes, C-reactive protein, and the metabolic syndrome. *The American journal of clinical nutrition*. 2006; 84(6):1489-97.
460. Cocate PG, Natali AJ, Oliveira A, Longo GZ, Alfenas Rde C, Peluzio Mdo C, et al. Fruit and vegetable intake and related nutrients are associated with oxidative stress markers in middle-aged men. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 2014; 30(6):660-5.
461. Macready AL, George TW, Chong MF, Alimbetov DS, Jin Y, Vidal A, et al. Flavonoid-rich fruit and vegetables improve microvascular reactivity and inflammatory status in men at risk of cardiovascular disease--FLAVURS: a randomized controlled trial. *The American journal of clinical nutrition*. 2014; 99(3):479-89.
462. Keck A-S, Finley JW. Cruciferous Vegetables: Cancer Protective Mechanisms of Glucosinolate Hydrolysis Products and Selenium. *Integrative Cancer Therapies*. 2004; 3(1):5-12.
463. Tse G, Eslick GD. Cruciferous vegetables and risk of colorectal neoplasms: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition and cancer*. 2014; 66(1):128-39.
464. Liu B, Mao Q, Lin Y, Zhou F, Xie L. The association of cruciferous vegetables intake and risk of bladder cancer: a meta-analysis. *World journal of urology*. 2013; 31(1):127-33.
465. Abdull Razis AF, Noor NM. Cruciferous vegetables: dietary phytochemicals for cancer prevention. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2013; 14(3):1565-70.
466. Murillo G, Mehta RG. Cruciferous vegetables and cancer prevention. *Nutrition and cancer*. 2001; 41(1-2):17-28.
467. Maire B, Lioret S, Gartner A, Delpeuch F. [Nutritional transition and non-communicable diet-related chronic diseases in developing countries]. *Sante (Montrouge, France)*. 2002; 12(1):45-55.
468. Pekka P, Pirjo P, Ulla U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme--experiences from Finland. *Public health nutrition*. 2002; 5(1a):245-51.
469. Milio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health promotion (Oxford, England)*. 1987; 2(3):263-74.
470. Almeida MDV. Nós comemos aquilo que somos: uma abordagem aos determinantes do consumo alimentar. *Alimentação Humana, Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*. 2004; 10(2):99-105.
471. Perisee J, Sizaret F, Francois P. The effect of income on the structure of the diet. *FAO Nutrition Newsletter* 1969; Vol. 7 No. 3 1-9.
472. Milio N. Nutrition policy for food-rich countries: a strategic analysis. Johns Hopkins University Press; 1990.
473. Dos Santos MJH, Miguel JMP. Avaliação do impacte de políticas de diferentes sectores na saúde e nos sistemas de saúde: um ponto de situação. *Políticas de Saúde*. 2009; 27. N.º 1
474. Ministério da Saúde. Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
475. Constantino Sakellarides (Director-Geral da Saúde -. A saúde em tempo de mudança: relatório do Director-Geral da Saúde. Direcção-Geral da Saúde; 1999.
476. Craveiro I, Ferrinho P. Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; 2:27-37.
477. Silva AL, Coelho F, Ramos C, Carvalho MA, Breda J, Rito A. Variáveis materno-infantis e obesidade infantil nos municípios Fundão, Montijo, Oeiras, Seixal e Viana do Castelo. *Revista Nutricias*. 2011; n.º 11:26-28.
478. Rito AI, Carvalho MA, Ramos C, Breda J. Program Obesity Zero (POZ)--a community-based intervention to address overweight primary-school children from five Portuguese municipalities. *Public health nutrition*. 2013; 16(6):1043-51.
479. Goes AR, Câmara G, Loureiro I, Bragança G, Saboga Nunes L, Bourbon M. «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2015; 33(1):12-23.
480. Tinoco R, Cláudio D, Pereira de Sousa N. PASSE. com-Manual da Dimensão Comunitária. 2009
481. Administração Regional de Saúde do Centro I. Estratégia MINORSAL.SAÚDE. Pública DdS. 2013.
482. Gregório MJ, Padrão P. Políticas de alimentação e nutrição: Brasil e Portugal. . *Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*. 2010; 16(1):3-14.

483. Kennedy E. Nutrition policy in the US: 50 years in review. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*. 2008; 17 Suppl 1:340-2.
484. Kvaavik E, Andersen LF, Klepp KI. The stability of soft drinks intake from adolescence to adult age and the association between long-term consumption of soft drinks and lifestyle factors and body weight. *Public health nutrition*. 2005; 8(2):149-57.
485. Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. Effectiveness of school-based nutrition education interventions to prevent and reduce excessive weight gain in children and adolescents: a systematic review. *Jornal de pediatria*. 2011; 87(5):382-92.
486. Laurence S, Peterken R, Burns C. Fresh Kids: the efficacy of a Health Promoting Schools approach to increasing consumption of fruit and water in Australia. *Health Promot Int*. 2007; 22(3):218-26.
487. Reynolds KD, Franklin FA, Binkley D, Raczynski JM, Harrington KF, Kirk KA, et al. Increasing the fruit and vegetable consumption of fourth-graders: results from the high 5 project. *Preventive medicine*. 2000; 30(4):309-19.
488. Gortmaker SL, Cheung LW, Peterson KE, Chomitz G, Cradle JH, Dart H, et al. Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1999; 153(9):975-83.
489. Wind M, Bjelland M, Perez-Rodrigo C, Te Velde SJ, Hildonen C, Bere E, et al. Appreciation and implementation of a school-based intervention are associated with changes in fruit and vegetable intake in 10- to 13-year old schoolchildren--the Pro Children study. *Health Educ Res*. 2008; 23(6):997-1007.
490. Jørgensen TS, Rasmussen M, Aarestrup AK, Ersbøll AK, Jørgensen SE, Goodman E, et al. The role of curriculum dose for the promotion of fruit and vegetable intake among adolescents: results from the Boost intervention [journal article]. *BMC public health*. 2015; 15(1):1-12.
491. Conselho PEed. Regulamento (CE) n.º 1924/2006, de 20 de Dezembro de 2006
492. Conselho PEed. REGULAMENTO (UE) N.º 1169/2011, de 25 de Outubro de 2011.
493. Hawley KL, Roberto CA, Bragg MA, Liu PJ, Schwartz MB, Brownell KD. The science on front-of-package food labels. *Public health nutrition*. 2013; 16(03):430-39.
494. Cecchini M, Warin L. Impact of food labelling systems on food choices and eating behaviours: a systematic review and meta-analysis of randomized studies. *Obesity Reviews*. 2016; 17(3):201-10.
495. Graham DJ, Heidrick C, Hodgins K. Nutrition Label Viewing during a Food-Selection Task: Front-of-Package Labels vs Nutrition Facts Labels. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 115(10):1636-46.
496. Organization WH. Using price policies to promote healthier diets. . Copenhagen; 2015.
497. Powell LM, Chaloupka FJ. Food prices and obesity: evidence and policy implications for taxes and subsidies. *Milbank Q*. 2009; 87(1):229-57.
498. Chriqui JF, Chaloupka FJ, Powell LM, Eidson SS. A typology of beverage taxation: Multiple approaches for obesity prevention and obesity prevention-related revenue generation. *Journal of Public Health Policy*. 2013; 34(3):403-23.
499. Finkelstein EA, Zhen C, Nonnemaker J, Todd JE. Impact of targeted beverage taxes on higher- and lower-income households. *Archives of internal medicine*. 2010; 170(22):2028-34.
500. Andreyeva T, Chaloupka FJ, Brownell KD. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. *Preventive medicine*. 2011; 52(6):413-6.
501. Pietinen P, Mannisto S, Valsta LM, Sarlio-Lahteenkorva S. Nutrition policy in Finland. *Public health nutrition*. 2010; 13(6a):901-6.
502. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation*. 2016
503. Brug J. Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Family practice*. 2008; 25 Suppl 1:i50-5.
504. van't Riet J, Sijtsema SJ, Dagevos H, De Bruijn GJ. The importance of habits in eating behaviour. An overview and recommendations for future research. *Appetite*. 2011; 57(3):585-96.
505. Brug J, Kremers SP, Lenthe F, Ball K, Crawford D. Environmental determinants of healthy eating: in need of theory and evidence. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2008; 67(3):307-16.

506. Nugent R. Bringing agriculture to the table: how agriculture and food can play a role in preventing chronic disease. Chicago, IL, USA, The Chicago Council on Global Affairs; 2011.
507. Lewis A, Jolly K, Adab P, Daley A, Farley A, Jebb S, et al. A brief intervention for weight management in primary care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013; 14:393.
508. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 122(4):406-41.
509. Bodenheimer T. Helping patients improve their health-related behaviors: what system changes do we need? *Disease management* : DM. 2005; 8(5):319-30.
510. Afshin A, Penalvo J, Del Gobbo L, Kashaf M, Micha R, Morrish K, et al. CVD Prevention Through Policy: a Review of Mass Media, Food/Menu Labeling, Taxation/Subsidies, Built Environment, School Procurement, Worksites Wellness, and Marketing Standards to Improve Diet. *Current cardiology reports*. 2015; 17(11):98.
511. Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Schmidt LA, Mozaffarian D. Dietary Policies to Reduce Non-Communicable Diseases. *The Handbook of Global Health Policy*. 2014:175-93.
512. Mozaffarian D, Afshin A, Benowitz NL, Bittner V, Daniels SR, Franch HA, et al. Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 126(12):1514-63.
513. Long MW, Tobias DK, Cradock AL, Batchelder H, Gortmaker SL. Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Restaurant Menu Calorie Labeling. *American journal of public health*. 2015; 105(5):e11-e24.
514. Shangquan S, Smith J, Ma W, Tanz L, Afshin A, Mozaffarian D. Abstract P323: Effectiveness of Point-of-Purchase Labeling on Dietary Behaviors and Nutrient Contents of Foods: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Circulation*. 2015; 131(Suppl 1):AP323-AP23.
515. Institute of Medicine. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World:: A Critical Challenge to Achieve Global Health. National Academies Press; 2010.
516. Serviço Nacional de Saúde. Para uma Conversação Construtiva. Fundação para a Saúde - Serviço Nacional de Saúde; 2014.
517. Nunes JA. Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2011(95):137-53.
518. Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*. 2011; 13(4):1-156.
519. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Better Life Index Portugal. OECD; 2016. Disponível em: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/portugal/>
520. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund quarterly*. 1971; 49(4):509-38.
521. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Q*. 2005; 83(4):731-57.
522. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England journal of medicine*. 1980; 303(3):130-5.
523. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*. 1986:355-91.
524. Fries JF, Bruce B, Chakravarty E. Compression of Morbidity 1980–2011: A Focused Review of Paradigms and Progress. *Journal of Aging Research*. 2011; 2011
525. Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C, Jensen JH, et al. Food and health in Europe: a new basis for action. WHO regional publications European series. 2004(96):i-xvi, 1-385, back cover.
526. World Health Organization. The World Health Report 2013: research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2013.
527. John Dalli. Commissioner Dalli delivers speech on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations [Speech]. 2012; Copenhagen. [citado em: 12 de novembro de 2015]. Disponível em: http://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/dalli/docs/speech_18012012_en.pdf.
528. Crisp N. The Future of the Portuguese Health System. *Acta Médica Portuguesa*. 2015; 28(3):277-80.
529. Conwell LJ, Joel W. Cohen. Characteristics of Persons with High Medical Expenditures in the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population, 2002 USA: Agency for Healthcare Research

- and Quality; 2005. [citado em: 12 de novembro de 2015]. Disponível em: http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st73/stat73.pdf.
530. NHS Confederation. Tough times, tough choices: An overview of NHS finances. London: NHS Confederation; 2013. [atualizado em: March 2013; citado em: 12 de novembro de 2015]. Disponível em: <http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Tough-times-overview-finances.pdf>.
531. World Bank. Healthy development. The World Bank strategy for health, nutrition and population results. New York; 2007.
532. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: Comissão on the Social Determinants of Health; 2008.
533. World Health Organization. Regional strategy on nutrition 2010-2019 and plan action. Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2011.
534. Sparks M. The importance of context in the evolution of health promotion. Global Health Promotion. 2013; 20(2):74-78.
535. World Health Organization. Interventions on Diet and Physical Activity: What Works: summary report. 2009.
536. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva; 2004.
537. World Health Organization. European action plan for food and nutrition policy 2007-2012. Copenhagen; 2008.
538. Vieira VL, Gregório MJ, Cervato-Mancuso AM, Graça APSR. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. Saúde e Sociedade. 2013; 22:603-07.
539. Organization WH. Health Literacy. The solid facts. 2013. [citado em: 2 de janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.thehealthwell.info/node/534072>
540. World Health Organization. Adelaide statement on health in all policies: Moving towards a shared governance for health and well-being. 2010
541. Kickbusch I, McCann W, Sherbon T. Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. Health promotion international. 2008; 23(1):1-4.

ANEXO 1 – Contribuição dos grupos de alimentos para o Valor Energético Total, desde 1974 a 2011.

Ano	Total	VET - Cereais e Tubérculos	VET - Leguminosas	VET - Gorduras	VET - Hortícolas	VET - Fruta	VET - Carne, Pescado e Ovos	VET - Laticínios	VET - Bebidas Alcoólicas	VET - Açúcar e adoçantes	VET - Outros Alimentos
1974	3050	1314	56	489	85	102	279	129	297	269	50
1975	3027	1267	62	466	105	100	271	134	299	275	48
1976	3005	1259	53	485	73	89	277	134	339	248	43
1977	2979	1222	68	507	85	64	300	131	306	254	42
1978	2826	1187	55	488	86	60	267	126	248	256	43
1979	2785	1150	39	495	78	63	263	126	249	260	41
1980	2786	1144	54	488	70	69	271	133	273	265	39
1981	2778	1113	38	489	67	61	266	128	309	265	42
1982	2823	1108	52	483	78	72	288	136	288	265	42
1983	2838	1125	47	490	75	71	288	147	301	252	42
1984	2869	1188	50	503	88	63	277	130	266	243	41
1985	3005	1244	51	524	91	69	305	133	295	251	42
1986	3155	1378	41	532	90	88	313	141	262	268	42
1987	3320	1388	40	572	80	122	336	180	273	267	52
1988	3329	1356	41	629	85	101	348	188	258	273	50
1989	3357	1276	42	611	94	123	370	203	282	292	64
1990	3403	1230	48	654	107	142	407	208	280	266	63
1991	3429	1254	48	629	99	132	416	201	284	266	70
1992	3405	1256	51	608	77	143	439	201	266	291	73
1993	3460	1241	48	625	96	144	459	200	275	300	72
1994	3489	1249	44	630	102	135	473	210	276	300	70
1995	3456	1212	41	627	108	162	454	228	279	276	69
1996	3507	1212	41	650	113	142	467	236	273	300	73
1997	3388	1140	41	614	103	144	469	232	269	297	79
1998	3508	1203	40	608	127	142	502	234	270	300	82
1999	3561	1148	37	635	123	163	515	267	287	305	101
2000	3543	1152	36	639	112	152	510	268	259	305	107
2001	3537	1142	35	639	119	149	509	285	250	303	106
2002	3533	1155	36	650	100	153	505	274	266	298	116
2003	3522	1153	37	664	99	139	491	268	263	304	114
2004	3608	1193	37	640	132	162	498	271	265	301	111
2005	3600	1188	35	662	115	145	498	289	262	283	113
2006	3565	1175	37	662	99	156	514	276	261	274	111
2007	3557	1136	37	676	110	151	544	284	245	263	111
2008	3582	1169	32	726	103	152	533	270	233	248	118
2009	3574	1152	32	735	118	154	530	259	226	260	107
2010	3518	1118	32	722	125	139	534	243	238	261	106
2011	3456	1087	32	738	106	148	518	239	228	255	105

Legenda: VET – Valor Energético Total

Legenda: VET – Valor Energético Total

ANEXO 2 – Menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Menções	Partido
I	1976-1978	Mário Soares	<p>"(...) o funcionamento irracional do sistema traduz-se no desvio de recursos para a produção e importação de bens não essenciais, beneficiando grupos minoritários - enquanto se encontram insatisfeitas necessidades básicas fundamentais, nomeadamente no campo da alimentação, da saúde, da habitação, da educação, da segurança social, etc."</p> <p>"Balança comercial largamente deficitária no que respeita aos bens alimentares"</p> <p>"Elevar significativamente a contribuição da agricultura para a satisfação das necessidades alimentares da população e melhoria da sua dieta."</p> <p>Substituir gradualmente certas culturas arbóreas ou arbustivas implantadas em solos de boa aptidão agrícola por culturas que contribuam mais eficazmente para o aprovisionamento do País em produtos alimentares;</p> <p>"O povo português depende da actividade da pesca em 40 % das proteínas de origem animal que consome. Este facto, por si só, transforma esta actividade num sector estratégico, como elemento de uma política social de alimentação."</p> <p>"Incrementar-se-á, no mar litoral e nos cursos de água, como fonte de proteínas, a piscicultura."</p> <p>"Estudo do consumo de peixe e conservas no País, que permita corrigir a distribuição e fomentar novos hábitos alimentares;"</p> <p>"Reduzir as importações, desenvolvendo a utilização dos recursos naturais e das matérias-primas nacionais, promovendo a preferência pelos produtos portugueses e criando indústrias de substituição de produtos importados, nomeadamente na indústria alimentar."</p> <p>"Carências marcantes de produção alimentar interna e de produção agrícola para a indústria (rações, por exemplo)"</p> <p>"Descoordenação absoluta entre a política de importações de produtos essenciais, em particular alimentares e combustíveis, e a política de expansão e fomento de exportações;"</p> <p>"Alargamento do crédito à produção agrícola, em particular às unidades familiares de agricultura intensiva, a fim de permitir uma gradual substituição de importações alimentares;"</p> <p>"Criação das conferências inter profissionais de comércio externo em sectores prioritários (têxteis, papel, celuloses e gráficos; alimentação e bebidas; etc.), a fim de facilitar e promover a concertação social e a convergência de esforços dos múltiplos subsectores interessados"</p> <p>"Garantia do abastecimento público, em particular dos produtos alimentares e outros bens de primeira necessidade."</p>	<p>- insatisfeitas necessidades básicas fundamentais, como a alimentação</p> <p>- papel das pescas para a alimentação</p>	PS

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
II	1978	Mário Soares	<p>"Satisfazer as necessidades básicas da população portuguesa no que se refere a bens alimentares e matérias-primas de origem agro-florestal;"</p> <p>"A atenuação dos efeitos de alguns factores estruturais da inflação, como sejam as graves deficiências dos circuitos de distribuição e a insuficiência da produção interna de produtos alimentares;"</p> <p>"O crescimento acelerado da produção interna de bens alimentares é uma condição fundamental da contenção do desequilíbrio externo;"</p> <p>"Assume, neste ponto, particular relevância a substituição de importações de bens alimentares, pelo que o desenvolvimento do sector da agricultura e das pescas deverá ter uma elevada prioridade."</p> <p>"Permanece a incapacidade de resposta do sector à procura interna de produtos agro-alimentares, com os reflexos indesejáveis sobre o agravamento da taxa de inflação e de desequilíbrio da balança comercial: a importação de produtos agro-alimentares tem vindo sucessivamente a crescer de 1974 para cá."</p> <p>"Reduzir o défice da balança de pagamentos, designadamente pela redução e substituição da importação de bens alimentares e do aumento da exportação de outros produtos oriundos do sector agro-florestal;"</p> <p>"Fomentar o desenvolvimento das indústrias agrícolas e alimentares nos sectores onde a importação se revela mais grave;"</p> <p>"O aumento da produção interna agrícola, pecuária, florestal e piscícola, tendente à redução significativa da importação de produtos alimentares e matérias-primas essenciais ao abastecimento do país;"</p> <p>"Em particular, garantir o regular abastecimento público dos produtos alimentares e outros bens de primeira necessidade, dentro dos níveis que forem programados;"</p> <p>"Manter a política de controlo e subsídios nos preços de alguns bens de consumo fundamentais («cabaz de compras»), com prioridade para os produtos alimentares e de maior significado;"</p> <p>"Reforçar e racionalizar as actividades de fiscalização económica, visando prioritariamente o controlo dos produtos alimentares e de outros bens de natureza essencial."</p> <p>"Concessão progressiva do «suplemento alimentar» aos alunos do ensino primário e da Telescola de modo a abarcar a sua totalidade até 1980."</p>	<p>- satisfazer as necessidades básicas alimentares</p> <p>- medidas de produção alimentar fomentando o desenvolvimento das indústrias agrícola e alimentar</p> <p>- concessão do "suplemento alimentar" aos alunos</p>	PS/CDS

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
III	1878	Alfredo Nobre de Costa	<p>"o aumento das produções agrícola e das pessoas com vista à alienação da nossa dependência alimentar."</p> <p>" (...) procurar-se-á, em qualquer caso, que os controles sobre os preços dos bens mais essenciais, nomeadamente os produtos alimentares, não constituam desincentivo para o crescimento da respectiva produção, o que implica a necessidade de uma adequada flexibilidade nos preços de tais produtos e nos subsídios que lhes sejam concedidos."</p> <p>"[...] estimular a expansão das exportações e o crescimento da produção de bens alimentares."</p> <p>A expressão mais preocupante da insuficiente capacidade produtiva actual da nossa agricultura é a incapacidade crescente que esta vem demonstrando para fazer face às solicitações de procura interna de bens alimentares. Tal facto vem-se repercutindo de forma flagrantíssima na nossa balança de pagamentos para o reequilíbrio da qual se torna necessário executar uma política de substituição de importações que encontra no sector agrícola um grande número de possibilidades de concretização.</p> <p>"A complexidade do funcionamento dos mercados do sector primário em Portugal, tem conduzido à marginalização dos produtores agrícolas que permanecem desorganizados e à crescente interferência de outros agentes económicos, por vezes sem função útil, tudo se traduzindo no facto dos primeiros ficarem com uma parcela cada vez mais reduzida do valor final dos produtos alimentares."</p> <p>"Satisfazer as necessidades básicas da população em bens alimentares, por forma a alcançar uma dieta alimentar integrada para a população portuguesa."</p> <p>"Contribuir para a diminuição do défice da balança de pagamentos, designadamente pela redução das importações de bens alimentares e pelo incremento das exportações tradicionais do sector e daqueles para as quais se disponha de vantagens comparativas, particularmente no campo agro-alimentar, tendo em conta a decisão de aderir à C.E.E."</p> <p>"Promover, junto dos departamentos competentes, todas as medidas que visem uma maior justiça social no mundo rural, nomeadamente nos domínios da assistência social, da saúde, das remunerações do trabalho e da própria qualidade alimentar."</p> <p>"Possuindo o País uma forte tradição pesqueira, e sendo os problemas do mar de importância vital para a satisfação das necessidades básicas da população, em matéria alimentar, o Governo considera o sector das pescas prioritário para a recuperação da economia nacional, pelo que actuará na devida conformidade."</p> <p>"A participação do pescado, seus produtos conservados e transformados na dieta alimentar integrada do Povo Português."</p> <p>"Novas indústrias alimentares, nomeadamente a produção de açúcar de beterraba e a destilação de produtos vegetais."</p> <p>"Redução das importações, derivada não do desrespeito de compromissos internacionais assumidos, mas do aumento da produção, sobretudo nos sectores dos produtos alimentares, do integral e adequado aproveitamento dos bens produzidos no País e da substituição de bens importados por produtos nacionais."</p> <p>"Concessão de subsídios a bens alimentares e outros bens essenciais contidos no "Catálogo de Compras".</p> <p>"Da existência de grandes assimetrias sociais e geográficas que se exprimem em acentuadas carências em parte da população portuguesa, resultam incidências fortemente negativas para o processo de ensino-aprendizagem. Considera-se, por isso, de grande relevância o papel a desempenhar pela acção social escolar. Neste domínio procurar-se-á alargar o campo de acção a áreas de ensino menos abrangidas, especialmente no Ensino Básico, e melhorar o rendimento dos programas de apoio, com particular relevo para os sectores do apoio médico, alimentação escolar, transportes, alojamentos e seguro escolar, tendo em atenção os numerosos condicionamentos e as limitações orçamentais."</p> <p>"Alargamento progressivo da concessão de um complemento alimentar aos alunos do ensino primário e teleescola."</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aumento da produção agrícola - controlo de preços de bens essenciais - alimentação escolar - complemento alimentar 	Iniciativa do PR

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
IV	1978-1979	Carlos Mota Pinto	<p>"Deverá desenvolver-se uma política selectiva de substituição de importações de produtos alimentares (caso da carne e do leite), quer através da expansão da produção interna, quer por via da modernização de actividades actualmente em crise, como as pescas e as indústrias de conservas alimentares."</p> <p>"A estagnação continuada do sector primário, se não mesmo o seu retrocesso, num país cada vez mais dependente do exterior e com crescentes dificuldades financeiras, coloca indiscutivelmente em primeira prioridade o aumento da produção de produtos agrícolas e alimentares."</p> <p>"A definição de uma política coerente que se traduza num 'programa de desenvolvimento agrário integrado', tendo em consideração, para o todo nacional, os recursos disponíveis e a sua renovação em face das nossas necessidades alimentares. Estabelecer-se-ão modelos de desenvolvimento agrário, equilibrados e integrados, aplicáveis na zona ou região através de um acompanhamento disciplinado e adequado dos diversos factores de produção."</p> <p>Execução de uma política de qualidade alimentar, nomeadamente pela efectiva aplicação da legislação vigente e sua adequação às disposições internacionais em matéria de regulamentação e normalização e implementação do Instituto da Qualidade Alimentar, em moldes europeus, superando a actual indefinição estrutural;</p> <p>"Concessão de subsídios a bens alimentares essenciais contidos no 'Cabaz de Compras', e revisão oportuna do mesmo."</p>	- qualidade alimentar	Iniciativa do PR
V	1979-1980	Maria de Lurdes Pintasilgo	<p>"No sector do Comércio, a manutenção do poder de compra dos consumidores e a garantia quanto ao normal abastecimento e à qualidade dos produtos alimentares e de outros bens de consumo essenciais constitui um dos objectivos centrais do Governo."</p> <p>"No sector da Agricultura, estabelecer-se-ão prioridades para orientação e fomento das produções, tendo em vista a satisfação das necessidades alimentares, a melhoria das condições de vida e de emprego, a atenuação das assimetrias regionais e a optimização do aproveitamento dos meios disponíveis."</p> <p>"A nossa agricultura ver-se-á, portanto, confrontada com uma situação inteiramente nova, que também influirá no campo do comércio externo, principalmente nas nossas importações de produtos alimentares."</p>	<p>- agricultura para satisfação das necessidades alimentares</p> <p>- qualidade alimentar</p>	Iniciativa do PR
VI	1980-1981	Francisco Sá Carneiro	<p>"São conhecidas as razões da estagnação da agricultura e das pescas em Portugal, os seus reflexos na inflação decorrentes da incapacidade de resposta ao aumento interno do consumo de produtos alimentares, os seus efeitos na balança comercial, a escassez na formação bruta de capital fixo no sector."</p> <p>"Seguir-se-á, em particular, uma política de garantir o abastecimento e de controlo e subsídio dos preços de bens de consumo fundamentais, especialmente de produtos alimentares, dando-se absoluta prioridade à defesa do poder de compra da população com menores rendimentos. Programar-se-á a importação de produtos alimentares de maneira a que estas metas sejam cabalmente atingidas, levando em conta a necessidade de não perder o domínio do défice da balança de transacções."</p> <p>"O processo de integração de Portugal nas Comunidades Europeias aponta inevitavelmente para o fim dos monopólios estatais, pelo que o Governo terminará controlada e progressivamente com as situações desta natureza que se verificam na aquisição e distribuição de certos géneros alimentares."</p>	- garantia do abastecimento e controlo de preços de bens alimentares essenciais	PSD/CDS /PPM

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
VII	1981	Francisco Pinto Balsemão	<p>"Aumentar os níveis de auto aprovisionamento e de satisfação da procura interna de bens alimentares, através do aumento criterioso em termos de ordenamento da produção global, de cereais (primários e secundários), de oleaginosas, prados e pastagens e de produtos pecuários com base privilegiada em recursos naturais;"</p> <p>"No que se refere à inflação, irá o Governo, através de uma política adequada, ter em especial atenção a evolução dos preços dos produtos essenciais (nomeadamente quanto aos bens alimentares, ao vestuário e ao calçado), de forma a manter-se a tendência da desaceleração do ritmo da inflação conseguido no passado recente."</p> <p>"Aumentar os níveis de auto-aprovisionamento e de satisfação da procura interna de bens alimentares, através do aumento criterioso, em termos de um ordenamento agrário racional, da produção global de cereais (primários e secundários), de oleaginosas, arvenses e arbóreas, de produtos proteaginosos, de prados e pastagens, e de produtos pecuários com base essencialmente em recursos próprios;"</p> <p>"Reconhecer a necessidade de aumentar significativamente a produção agrícola, a fim de se reduzirem as importações de bens alimentares essenciais ou de matérias-primas destinadas à sua produção, e paralelamente obter-se o desejado crescimento económico no sector da agricultura, será objectivo prioritário na política a prosseguir, a fixação, em tempo oportuno, dos preços de garantia dos diversos produtos agrícolas."</p> <p>"Lancamento de campanhas de divulgação, dirigidas à terceira idade, nos domínios da manutenção física, da alimentação e dos cuidados de saúde."</p>	<p>-- garantia do abastecimento e controle de preços de bens alimentares essenciais</p>	PSD/CDS /PPM
VIII	1981-1983	Francisco Pinto Balsemão	<p>"O aumento da produção e a melhoria da produtividade na agricultura serão garantidos pela observância do uso racional dos solos, pelo incentivo à criatividade e à inovação tecnológica, pela dinamização do investimento produtivo e pelo apoio eficaz à forma profissional dos agricultores e demais operadores que intervêm no complexo agro-alimentar."</p> <p>"(...) promoção de uma verdadeira economia alimentar"</p> <p>"Política de produção de alimentos segundo padrões de qualidade compatíveis com os níveis europeus."</p> <p>"Política de importação e consumo de bens alimentares fundamentada no conhecimento científico e técnico das carências em nutrientes da população e que possibilite satisfazê-las pelas formas mais racionais e económicas, isto é, acautelando a saúde em simultâneo com importantes economias directas e indirectas"</p> <p>"Adequação da estrutura dos objectivos e da actuação dos ex-organismos de coordenação económica em matéria de intervenção e de comércio dos produtos agrícolas e alimentares. As regras do mercado decorrentes da perspectiva de adesão à CEE e às exigências da política agrícola comum, designadamente a sua transformação em organismos reguladores do mercado, com gestão participada pelas associações profissionais representativas dos produtores."</p> <p>"Apoio à modernização dos sectores industriais, visando a constituição de empresas bem dimensionadas, tecnologicamente capazes e economicamente viáveis, sendo particularmente dignos de atenção os sectores mineiros, das águas minero-medicinais e de mesa, das indústrias alimentares, dos têxteis, do calçado, da cerâmica e vidros, do papel, farmacêutico e electro-metal-mecânico."</p> <p>"As deficientes condições higiénicas comunitárias, habitacionais, alimentares, escolares e de trabalho, quase generalizadas;"</p> <p>"Assunção de uma política global de saúde que, articuladamente com outros sectores do Governo, preserve o meio ambiente, solucione os problemas da alimentação e da educação sanitária, da higiene comunitária, escolar e do trabalho e que dedique uma particular atenção às questões próprias dos deficientes e dos idosos."</p> <p>"Realizar estudos comparativos de bens alimentares na perspectiva da relação preço qualidade nutricional."</p>	<p>- campanhas de educação (incluindo alimentação) para a terceira idade</p> <p>- melhoria da produtividade agrícola</p> <p>- política global de saúde (incluindo a alimentação)</p>	PSD/CDS /PPM
IX	1983-1985	Mário Soares			PS/PSD

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
X	1885-1887	Aníbal Cavaco Silva	<p>"E na comercialização, assiste-se ao crescimento dos preços dos bens alimentares não só por razões de baixa produtividade, mas também pela deficiência generalizada de infra-estruturas capazes de orientar e disciplinar a produção e de criar canais de distribuição necessários à recolha, armazenagem e conservação dos produtos e à respectiva comercialização."</p> <p>"Serão reorganizadas as instituições e os sistemas de intervenção pública nos mercados agro-alimentares de forma que possibilite a sua progressiva adequação à regulamentação Comunitária."</p> <p>"Fomentar-se-á a melhoria dos padrões de qualidade dos produtos agro-alimentares para consumo interno e para a exportação."</p> <p>"Organização dos mercados e aplicação eficaz de Organização Comum dos Mercados Agrícolas Comunitários, por forma a maximizar o aproveitamento dos diferentes tipos de ajudas da Secção Garantida do FEOGA. Neste mesmo âmbito, e tendo em conta a modalidade de transição por etapas para cerca de 80% da produção agrícola nacional, prosseguir-se-á na reestruturação dos sistemas de intervenção pública nos mercados agro-alimentares, potenciando a acção das estruturas representativas dos agricultores e adequando-as à regulamentação comunitária."</p> <p>"A costa portuguesa dispõe de condições favoráveis para a instalação de aquacultura, actividade que urge estimular e incrementar, aproveitando recursos de significativo valor que podem contribuir para a satisfação de necessidades alimentares alternativas às capturas de espécies no meio natural."</p> <p>"O planeamento civil de emergência assume-se como condição indispensável à efectiva prossecução dos objectivos de defesa nacional em áreas tão sensíveis como os recursos alimentares e energéticos, os transportes e as comunicações. Por esse motivo serão adoptadas as medidas necessárias à garantia do funcionamento das estruturas fundamentais da nação em casos de emergência ou crise grave."</p> <p>"A importância do sector agro-florestal e alimentar no contexto do País decorre da sua relevante contribuição directa e indirecta para o produto e rendimento nacionais, e para o emprego, designadamente em regiões periféricas onde escasseiam ocupações alternativas para a população activa. Por outro lado, haverá ainda a realçar a função do sector na preservação do ambiente e da paisagem rurais, bem como a função de equilíbrio e a estabilidade que o mundo rural desempenha no tecido social português."</p> <p>"Racionalização do sector de comercialização e de transformação, tendo em vista uma maior valorização da produção e, cumulativamente, a melhoria dos padrões de qualidade dos produtos agro-alimentares. Tal será conseguido mediante a concessão selectiva de subsídios diferenciados aos projectos de investimento em função da inovação tecnológica, da modernização e racionalização das estruturas e processos produtivos, do aproveitamento de subprodutos, da qualidade e capacidade concorrencial e de exportação e ainda da sua inserção em estratégias e programas integrados de desenvolvimento regional."</p> <p>"(...) tendo em conta a modalidade de transição por etapas para cerca de 80% da produção agrícola nacional, prosseguir-se-á na reestruturação dos sistemas de intervenção pública nos mercados agro-alimentares, potenciando a acção das estruturas representativas dos agricultores e adequando-as à regulamentação comunitária."</p>	<p>- adequação dos mercados agro-alimentares à regulamentação Comunitária</p>	PSD
XI	1887-1891	Aníbal Cavaco Silva		<p>- mercados agro-alimentares</p> <p>- aquacultura (contributo para satisfazer as necessidades alimentares)</p> <p>- planeamento civil de emergência (recursos alimentares)</p> <p>- importância do sector agro-alimentar</p>	PSD

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
XIII	1991-1995	António Cavaco Silva	<p>"O planeamento civil de emergência constitui elemento indispensável à efectiva prossecução duma política de defesa em áreas tão sensíveis como os recursos alimentares e energéticos, os transportes e as comunicações"</p> <p>"No quadro do reconhecimento da especificidade da agricultura portuguesa, importa incentivar um desenvolvimento integrado da cadeia agro-alimentar e florestal, perspectivando a evolução para um modelo de empresa agrícola que sustente os rendimentos dos produtores agrícolas."</p> <p>"(...) apoiar o cooperativismo nas fileiras agro-alimentares, por forma a interessar os produtores e suas organizações na transformação e comercialização dos seus produtos e tendo em vista a estabilidade dos mercados agrícolas e uma mais justa repartição dos rendimentos;"</p> <p>"Com a concretização do Mercado Único Europeu e o final do período transitório do adaptação à Política Agrícola Comum, impõe-se intensificar os esforços para melhorar a competitividade do sector agro-alimentar e para a afirmação de uma superior qualidade dos produtos alimentares, como factor determinante da melhoria dos rendimentos dos agricultores, da auto-sustentação das empresas e da satisfação das crescentes exigências dos consumidores.</p> <p>Neste sentido, promover-se-á:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a revitalização do sistema de incentivos ao reaproveitamento tecnológico, concentração e integração das agro-indústrias favorecendo em particular a especialização regional da produção e os sectores que apresentem melhores vantagens comparativas no espaço comunitário; - a racionalização e a melhoria da eficácia dos circuitos comerciais; - o desenvolvimento de sistemas de garantia da qualidade nas empresas agro-alimentares, como suporte à obtenção de "imagens de marca" dos produtos nacionais; - a criação de um sistema integrado de regulamentação e protecção das "denominações de origem" de produtos com especificidades próprias; - a reformulação do sistema de controlo oficial da qualidade dos produtos alimentares, que reforce os mecanismos de controlo, assegure a transparência das trocas comerciais e a obtenção de um maior nível de protecção do consumidor." <p>"No domínio da fiscalização proceder-se-á ao reforço da prevenção e repressão na área das infracções antieconómicas e contra a saúde pública, tendo em atenção a especial necessidade de garantia da qualidade da cadeia alimentar e a nossa inserção no Mercado Único."</p> <p>A Política Agrícola e de Desenvolvimento Rural assenta em (...) níveis diferentes de intensificação da produção agro-alimentar e agro florestal de acordo com os princípios da diversidade das agriculturas regionais, da perenidade dos recursos naturais, do ordenamento da paisagem, da multifuncionalidade da exploração agrícola em meio rural."</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - desenvolvimento integrado da cadeia agro-alimentar - melhoria da competitividade do sector agro-alimentar - protecção das "denominações de origem" - garantia da qualidade da cadeia alimentar 	PS
			<p>"Aprovação de um programa com vista ao equilíbrio financeiro das empresas agrícolas, organizações e agrupamentos de produtores e indústrias agroalimentares."</p> <p>"Considerar a alimentação escolar como factor essencial para o normal desenvolvimento físico e mental da criança ou do adolescente."</p>	<ul style="list-style-type: none"> - intensificação da produção agro-alimentar de acordo com os princípios da diversidade das agriculturas regionais - alimentação escolar 	
XIII	1995-1999	António Guterres			PS

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
XIV	1988-2002	António Guterres	<p>"Reforçar as medidas de protecção e segurança em saúde, nomeadamente na segurança alimentar e das águas, no cumprimento do novo plano nacional de vacinação, no Sistema de Alerta e Resposta Apropriada para as emergências de saúde pública."</p> <p>"<u>Criar a Agência de Segurança Alimentar</u>"</p> <p>"Prosseguimento do trabalho de promoção da saúde global da população escolar com especial destaque para os hábitos de higiene alimentar, saúde oral, sexualidade, segurança, vacinação e prevenção da droga, do alcoolismo e da SIDA."</p> <p>"Criação de uma rede nacional de Gabinetes de Apoio e Motivação para Toxicodependentes, a localizar nas zonas mais problemáticas de consumo, tendo em vista a prestação de serviços básicos de saúde, higiene, alimentação, dormida, etc.;"</p> <p>"Reforçar a competitividade das fileiras agro-florestais e promover a sustentabilidade de rendimentos dos agricultores e das empresas, (...) promovendo e defendendo a qualidade e a segurança agro-alimentar e as condições de concorrência no mercado;"</p> <p>"Conservar a natureza e proteger a paisagem, (...) incentivando e compensando as explorações agrícolas que pratiquem métodos de produção, conducentes a uma maior qualidade alimentar e ambiental, designadamente a <u>agricultura biológica, a protecção integrada e os produtos tradicionais de qualidade</u>."</p> <p>"Promover uma produção agro-alimentar e florestal adequadas às tendências da procura e compatível com as crescentes exigências dos consumidores em matéria de <u>qualidade e de segurança alimentar</u>."</p> <p>"Reforçar as acções ligadas à <u>segurança alimentar</u> – com a criação de uma Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar – que assegurará o reforço da vigilância sobre a qualidade das actividades produtivas de bens alimentares, prevenindo riscos para os consumidores;"</p> <p>"apoiar o reforço das componentes relativas ao desenvolvimento rural, à protecção do ambiente, à qualidade dos produtos e à <u>segurança alimentar</u>;"</p> <p>"a realização de uma campanha continuada de sensibilização dos produtores para as práticas agrícolas correctas que assegurem a <u>segurança dos alimentos</u>."</p> <p>"(...)o desenvolvimento das sociedades modernas é uma realidade susceptível de gerar riscos merecedores de atenção e de respostas, de forma permanente e eficaz. A <u>segurança alimentar</u> é, neste quadro, uma das áreas que justifica particular realce. Importa, por isso, incentivar e apoiar a implementação dos trabalhos de uma entidade de fiscalização e controlo da segurança alimentar, como forma de <u>proteger a saúde e a segurança dos consumidores</u>."</p>	<ul style="list-style-type: none"> - qualidade e segurança alimentar - reforçar a competitividade das fileiras agro-alimentares - alimentação escolar - agricultura biológica, protecção integrada e produtos tradicionais de qualidade." 	PS
XV	2002-2004	José Manuel Durão Barroso		- segurança alimentar	PSD/PP

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
XVI	2004-2005	Pedro Santana Lopes	<p>"O acordo final da Reforma da PAC permitiu salvaguardar aspectos positivos que deverão ser agora implementados a favor de uma agricultura mais competitiva (promovendo a sua reconversão), dinamizadora do espaço rural, valorizadora dos recursos naturais, paisagísticos e patrimoniais e fornecedora de alimentos de qualidade."</p> <p>"O País precisa de produzir mais e melhor, respeitando o ambiente e tendo presente que a agricultura desempenha uma multiplicidade de funções como a produção de alimentos, a gestão do território e a coesão social e territorial que justificam e valorizam o papel desempenhado por todos os seus intervenientes e contribuem decisivamente para um Desenvolvimento Sustentável."</p> <p>"O Governo promoverá na área produtiva e do desenvolvimento a adopção de um referencial de prioridades que valorize a competitividade, a defesa do ambiente, a segurança alimentar, a qualidade e especificidade, a inovação, a multifuncionalidade e a diversificação económica das explorações agrícolas, da agro-indústria e das zonas rurais."</p> <p>"(...)apoio à melhoria da gestão das explorações agrícolas para dar resposta às crescentes exigências ao nível do ambiente, segurança alimentar e bem-estar animal através do lançamento do "sistema de aconselhamento agrícola" com a colaboração de entidades com capacidade técnica comprovada;"</p> <p>"(...)reestruturação dos organismos com competências na área da fiscalização e controlo da qualidade alimentar, no sentido de uma definição clara de responsabilidades;"</p> <p>"(...)incentivo aos sistemas reconhecidos de qualidade dos alimentos, bem como o apoio a actividades de informação aos consumidores, através da introdução de uma medida para a "Qualidade dos Alimentos" no âmbito do Programa de Desenvolvimento Rural."</p> <p>"(...)o reforço da política comunitária de desenvolvimento rural como instrumento de fixação de população no interior do país e de promoção de práticas de agricultura extensiva de grande valor acrescentado, associadas à promoção de produtos alimentares com denominação de origem."</p>	<ul style="list-style-type: none"> - segurança alimentar - fiscalização e controlo da qualidade alimentar 	PSD/PP
XVII	2005-2009	José Sócrates	<p>"A relevância que a política de defesa do consumidor assume hoje no seio da União Europeia, bem como o reconhecimento do seu carácter transversal em áreas tão díspares quanto o comércio electrónico, o acesso à justiça, a segurança alimentar ou os serviços de interesse geral, colocam esta política no centro das prioridades das sociedades modernas."</p> <p>Os constitucionalistas de 1976 escreveram, no artigo 64º, "todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover". Responsabilidade pública, na protecção do ambiente ou na segurança alimentar, mas também individual: com menor consumo de sal, açúcar e gorduras, abstenção de fumo, uso moderado de bebidas alcoólicas e exercício físico regular reduzir-se-á o uma parte importante dos problemas de saúde individuais e colectivos. A promoção da saúde e a Saúde Pública têm que regressar à agenda política da Saúde."</p> <p>"Será reactivado o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Conselho recolherá contributos e participação das associações de doentes, associações de consumidores, fundações e institutos públicos e privados, sociedades médicas, universidades e comunicação social. Alcançará compromissos de sindicatos e associações empresariais, sem esquecer as associações da indústria hoteleira e da restauração e dos produtores da indústria alimentar. Envolverá também a indústria e a distribuição de produtos farmacêuticos."</p> <p>"A agricultura já não se limita à sua função tradicional de produção de bens de consumo alimentares e de matérias-primas. Passou a integrar funções de interesse público relativas ao equilíbrio ambiental dos territórios agro-florestais, ao ordenamento e ocupação dos espaços rurais, ao nível da segurança alimentar e ao bem-estar animal. A recente revisão da Política Agrícola Comum confirmou esta nova orientação, reforçando o papel do mercado na orientação da produção, em vez dos apoios públicos directos, e a aposta no desenvolvimento rural."</p> <p>"Os compromissos já assumidos pela União Europeia ao nível de acordos internacionais e particularmente no quadro da Organização Mundial do Comércio (OMC), que significam uma maior abertura do mercado interno à concorrência de produtos agrícolas e alimentares importados."</p>	<ul style="list-style-type: none"> - proteger e promover a saúde - abertura do mercado de produtos agrícolas e alimentares - competitividade das fileiras agro-alimentares - qualidade e segurança alimentar - informação nutricional 	PS

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
XVII (continuação)	2005-2009	José Sócrates	<p>"Elevar a competitividade das fileiras agro-alimentares e florestais, em particular onde o País tem maior aptidão e/ou vocação exportadora tais como as que se baseiam na produção de cortiça, de madeira, de pasta de papel, de vinho, de azeite, de hortofrutícolas na pequena extensiva e nos produtos tradicionais de qualidade."</p> <p>"Elevar os padrões de qualidade e segurança alimentar ao nível dos produtos e dos modos de produção."</p> <p>"Criação de um <u>Regime de Qualidade Nacional</u> aplicável aos produtos agrícolas e agro-alimentares"</p> <p>"Redefinição do sistema de incentivos às empresas agrícolas e agro-alimentares numa abordagem integrada de fileira, promovendo o investimento, segundo objectivos determinados, nas áreas produtivas da formação, da organização empresarial, da qualidade de segurança e da inovação"</p> <p>"[...] a política nacional de pescas deverá ser capaz de responder aos desafios da globalização, das crescentes exigências em termos de qualidade e segurança alimentar, e da informação aos consumidores."</p> <p>"[...] assegurar uma actuação credível da Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar na área da detecção e, sobretudo, da comunicação dos riscos aos consumidores; haverá que conferir-lhe poder de intervenção em matéria de fiscalização, tendo em vista a constituição de um serviço eficaz que seja uma verdadeira polícia da qualidade e segurança dos alimentos, incluindo da hotelaria e restauração e mercados."</p> <p>"A revisão dos normativos legais sobre segurança de produtos e serviços de consumo deverá dar especial destaque aos problemas da alimentação, quer pelo respectivo impacto na saúde humana, quer pelo interesse universal que apresentam."</p> <p>"Nesse quadro, além de assegurar uma actuação credível da Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar na área da detecção e, sobretudo, da comunicação dos riscos aos consumidores, haverá que conferir-lhe poder de intervenção em matéria de fiscalização, tendo em vista a constituição de um serviço eficaz que seja uma verdadeira polícia da qualidade e segurança dos alimentos, incluindo da hotelaria e restauração e mercados."</p> <p>"Ainda no campo da Alimentação, será reforçada a informação nutricional dos produtos alimentares, em ordem a permitir dar a conhecer de forma mais efectiva e em linguagem mais acessível a verdadeira natureza do que comemos."</p> <p>"[...] brejar uma política de segurança credível, que responda às necessidades das pessoas, identificando os principais problemas que hoje se colocam a Portugal" (...) em quinto lugar, a corrupção de alimentos, passível de causar prejuízos graves à saúde pública e à economia nacional (...)"</p> <p>"Numa perspectiva integrada da segurança, crises recentemente ocorridas como as da BSE, da gripe das aves, dos nitrofuranos nos frangos, das dióximas cancerígenas, da utilização de hormonas na produção de gado, da utilização abusiva de antibióticos em animais e dos resíduos de pesticidas em legumes e frutas colocam a segurança alimentar entre as principais preocupações dos cidadãos devido às suas consequências potencialmente catastróficas. Cabe ao Estado garantir a qualidade dos alimentos, tanto de origem animal como vegetal (incluindo os destinados a animais), desde a produção até ao consumo. Para tanto, é preciso reforçar a capacidade de intervenção da Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar, criada pelo XIV Governo Constitucional, para que ela cumpra não apenas a sua missão de identificação e avaliação de riscos, mas também a de assegurar uma fiscalização mais eficaz."</p>		

ANEXO 2 (continuação) – Medidas ou menções na área da alimentação e nutrição constantes nos Programas dos Governos Constitucionais da II República Portuguesa

Governo Constitucional da II República Portuguesa	Anos	Primeiro Ministro	Menções ou Medidas na Área da Alimentação e Nutrição	Resumo das Medidas	Partido
XVIII	2009-2011	José Sócrates	<p>"Concretizar a política de apoio aos Pólos de Competitividade e aos Clusters em sectores com forte capacidade exportadora, nomeadamente: indústrias da moda (têxtil, vestuário ou calçado); agro-alimentar (...)"</p> <p>"Melhorar o funcionamento do mercado através da defesa da concorrência, da regulação e da promoção da defesa dos consumidores é um elemento central para a melhoria da competitividade, para relações económicas equilibradas e para a promoção da qualidade de vida e da segurança alimentar."</p> <p>"Identificar, fiscalizar e punir práticas comerciais desleais ou lesivas de saúde e da segurança alimentar;"</p> <p>Será reactivado o Conselho Nacional de Saúde (CNS). (...) Visará alcançar compromissos de sindicatos e associações empresariais, sem esquecer as associações da indústria hoteleira e da restauração e dos produtores da indústria alimentar (...)"</p> <p>"Aumentar a produção nacional com vista a contribuir para a auto-suficiência alimentar medida em termos globais, ou seja, em valor;</p>	<p>- apoio à capacidade exportadora da indústria agro-alimentar</p> <p>- segurança alimentar</p>	PS
XIX	2011-2015	Pedro Passos Coelho	<p>"Garantir a transparência nas relações produção-transformação-distribuição da cadeia alimentar e promover a criação e dinamização de mercados de proximidade;"</p> <p>"Combater a Pobreza e Reforçar a Inclusão e a Coesão Sociais (...) relativamente ao Programa de Emergência Social (...) São prioritários, em termos de entrega às famílias, os seguintes itens: alimentação, vestuário e medicamentos (...). No seu âmbito serão assumidas alterações legais aos diplomas que impedem distribuição de alimentos fora da rede de estabelecimentos de restauração, sem afectar a segurança alimentar, e será promovida uma articulação entre as IPSS, a ASAE e as Finanças nesse sentido;"</p> <p>Aumentar as redes de solidariedade social através da dinamização do voluntariado. A participação de jovens e reformados em especial nas áreas de solidariedade (como bancos alimentares, voluntariado nacional ou internacional) deverá ser alvo de particular atenção, proporcionando benefícios não financeiros aos seus protagonistas."</p>	<p>- auto-suficiência alimentar</p> <p>- programa de Emergência Social</p> <p>- economia social</p>	PSD